



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Der Einfluss von Humor und Heiterkeit  
auf das psychische Wohlbefinden und die  
Krankheitsverarbeitung blinder und hochgradig  
sehbeeinträchtigter Menschen.“

verfasst von / submitted by

Theresa Scheinecker, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the  
degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck



## Vorwort

„Der Humor ist der Regenschirm der Weisen“

Erich Kästner

Die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel *„Der Einfluss von Humor und Heiterkeit auf das psychische Wohlbefinden und die Krankheitsverarbeitung blinder und hochgradig sehbeeinträchtigter Menschen“* wurde an der Universität Wien im Rahmen des Studiengangs Psychologie mit dem Masterschwerpunkt „Gesundheit, Entwicklung und Förderung“ verfasst. Das Interesse für die Thematik blinder und hochgradig sehbeeinträchtigter Personen lässt sich am besten durch mein eigenes Schicksal begründen. Da ich nun seit meiner Pubertät selbst an einer erblichen Augenerkrankung „leide“, darf ich mich mittlerweile zu der Gruppe hochgradig sehbeeinträchtigter Menschen zählen und die Welt mit etwas anderen Augen betrachten. Eine sensorische Einschränkung wie diese schafft gewisse Hürden im Leben, doch gibt sie meines Erachtens keinen Grund das Lachen zu verlernen. Ganz im Gegenteil, aus meiner eigenen Erfahrung zeigt sich Humor im Zusammenhang mit der Sehbehinderung als sehr wertvolle Ressource. Humor bietet mir die Möglichkeit, dieser teils tragischen Thematik den Ernst zu nehmen. Gewisse Situationen lassen sich durch Humor einfacher gestalten und der Umgang mit Mitmenschen im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung fällt oftmals leichter.

So ergab sich für mich das Interesse, diese Ansichten in eine wissenschaftliche Arbeit zu verpacken und meine Theorien näher zu erforschen. An dieser Stelle möchte ich mich sehr herzlich bei Frau Mag. Dr. Doris Bach bedanken, die sich bereit erklärte mich bei dieser Forschungsarbeit inhaltlich zu unterstützen und zu betreuen. Des Weiteren möchte ich mich bei Herrn Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck bedanken, der mich von der Planung bis zur Auswertung begleitete und sich an der Universität als Ansprechperson zur Verfügung stellte. Großen Dank möchte ich auch Frau Mag. Andrea Neuberger aussprechen, die mir seitens des Blinden- und Sehbehindertenverbands tatkräftig zur Seite stand und mich bei der Kontaktaufnahme diverser Vereine und teilnehmenden Personen unterstützte. Abschließend möchte ich nun all jene Personen danken, die diese Abschlussarbeit erst möglich machten: allen Probanden und Probandinnen. DANKE für eure Teilnahme und eure Zeit.

Ich freue mich mit diesen Erkenntnissen einen kleinen Teil im Bereich der Wissenschaft geleistet zu haben und diesen Forschungsbeitrag nun vorstellen zu dürfen.

Theresa Scheinecker

Wien, am 27.06.2017



## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Theoretische Grundlagen</b> .....	<b>6</b>
2.1	Hochgradige Sehbehinderung/Blindheit .....	6
2.1.1	Definition: Behinderung. ....	6
2.1.2	Definition: hochgradige Sehbehinderung/Blindheit. ....	6
2.1.2.1	<i>Hochgradige Sehbehinderung.</i> ....	7
2.1.2.2	<i>Blindheit.</i> .....	7
2.1.3	Sehbehinderung/Blindheit: Zahlen und Fakten. ....	7
2.2	Krankheitsverarbeitung .....	9
2.3	Humor .....	10
2.3.1	Humor: Definition und sprachlicher Ursprung. ....	10
2.3.2	Humor in der Wissenschaft. ....	10
2.3.3	Humor in der Psychologie. ....	12
2.3.3.1	<i>Kognitiv-perzeptive Ansätze.</i> .....	12
2.3.3.2	<i>Sozial-verhaltenstheoretische Ansätze.</i> .....	13
2.3.3.3	<i>Emotional-physiologische Ansätze.</i> .....	13
2.3.4	Abgrenzung: Humor – Lachen. ....	14
2.3.5	Entwicklung: Humor – Lachen .....	15
2.3.6	Humorstile. ....	17
2.3.6.1	<i>Der soziale Humor (Affiliative Humor).</i> .....	17
2.3.6.2	<i>Selbstaufwertender Humor (Self-enhancing Humor).</i> .....	17
2.3.6.3	<i>Aggressiver Humor (Aggressive Humor).</i> .....	17
2.3.6.4	<i>Selbstabwertender Humor (Self-defeating Humor).</i> .....	18
2.3.7	Humor und Persönlichkeit. ....	18
2.3.7.1	<i>Offenheit.</i> .....	18
2.3.7.2	<i>Verträglichkeit.</i> .....	18
2.3.7.3	<i>Neurotizismus.</i> .....	18
2.3.7.4	<i>Extraversion.</i> .....	19
2.3.7.5	<i>Gewissenhaftigkeit.</i> .....	19
2.3.8	Humor als Copingstrategie .....	20
2.3.9	State-Trait-Modell der Heiterkeit (Ruch et al., 1996) .....	21
2.4	Psychisches Wohlbefinden .....	22

2.5 Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstands .....	23
<b>3 Fragestellungen/Hypothesen .....</b>	<b>28</b>
3.1 Primäre Fragestellungen .....	28
3.2 Sekundäre Fragestellungen .....	28
<b>4 Methode.....</b>	<b>29</b>
4.1 Studiendesign und Durchführung .....	29
4.2 Beschreibung der Messinstrumente/gemessene Variablen .....	30
4.2.1 Witzliste.....	31
4.2.2 Psychological Well-Being Scales (PWBS).....	31
4.2.3 State-Trait-Heiterkeitsinventar (STHI-T 60).....	32
4.2.4 Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK) .....	34
4.3 Statistische Analyse .....	35
4.3.1 Produkt-Moment-Korrelation.....	36
4.3.2 t-Test für unabhängige Stichproben.....	36
4.3.3 Zweifaktorielle Varianzanalyse.....	37
<b>5 Ergebnisse .....</b>	<b>39</b>
5.1 Stichprobenbeschreibung .....	39
5.2 Störvariablen .....	42
5.2.1 Geschlecht.....	42
5.2.2 Lebensalter.....	43
5.3 Reliabilitätsanalyse .....	43
5.3.1 Witzliste.....	44
5.3.2 Psychological Well-Being Scales (PWBS).....	44
5.3.3 State-Trait-Heiterkeitsinventar (STHI-T 60).....	44
5.3.4 Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK).....	45
5.4 Prüfung auf Normalverteilung .....	46
5.5 Beantwortung der primären Fragestellungen .....	48
5.6 Beantwortung der sekundären Fragestellung.....	51
<b>6 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>57</b>
6.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse .....	57
6.2 Praktische Implikationen.....	62
6.3 Limitationen und Ausblick.....	63

<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>66</b>
<b>8</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>71</b>
<b>9</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>72</b>
	<b>Anhang A: Zusammenfassung .....</b>	<b>75</b>
	<b>Anhang B: Abstract .....</b>	<b>76</b>
	<b>Anhang C: Fragebogen .....</b>	<b>77</b>

## 1 Einleitung

Eine körperliche Einschränkung, wie der Verlust einer sensorischen Fähigkeit, stellt für die betroffenen Personen einen chronischen Stressor dar (Brennan & Cardinali, 2000). Ein hoher Selbstwert und stabile soziale Beziehungen sind wichtige Faktoren bei der positiven Anpassung und Bewältigung einer visuellen Beeinträchtigung (Brennan, Horowitz, Reinhardt, Cimarolli, Benn & Leonard, 2001; Lee & Brennan, 2006).

Humor als Bewältigungsstrategie ist in der Psychologie bereits unumstritten, sie zeigt sich als eine der wichtigsten Funktionen, die Humor zugeschrieben wird (Martin, 2007). Positive Copingstrategien lassen sich in einer Studie von Abel (2002) vor allem jenen Personen zuschreiben, die einen hohen Sinn für Humor aufweisen. Diese stehen signifikant häufiger im Zusammenhang mit einer guten Selbstdistanzierung bei Stress, einer besseren Regulation von Gefühlen und Handlungen sowie einem stärkeren Fokus auf die Problemlösung (Abel, 2002).

Es hat sich gezeigt, dass Humor bei schwierigen Lebensereignissen eine erfolgreiche Methode darstellt um Stress zu reduzieren (Martin, Kuiper, Olinger, & Dance, 1993) beziehungsweise wirkt ein heiterer Gemütszustand schützend auf negative Ereignisse im Leben (Ruch & Zweyer, 2001).

Bisweilen gibt es keine Untersuchungen in Bezug auf den Einfluss von Humor und Heiterkeit auf Personen mit visueller Beeinträchtigung. Der Stand der Wissenschaft zeigt jedoch, dass Humor zum Beispiel bei Burnout eine erfolgreiche Ressource darstellt (Ho, 2016). Die Bedeutung von Selbstbewusstsein und sozialer Unterstützung innerhalb dieser positiven Beziehung konnte herausgefiltert werden. Humor steht in einem positiven Zusammenhang mit Selbstwert, welcher wiederum eine schützende Wirkung auf das Krankheitsbild Burnout mit sich bringt (Ho, 2016).

Vielfach bestätigt ist ebenfalls der Einfluss von Humor und Heiterkeit auf das psychische Wohlbefinden von Personen (Hofmann & Ruch, 2015; Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray, & Weir, 2003). Humor bietet die Möglichkeit negative Emotionen und Gedanken gar nicht erst aufkommen zu lassen und schafft es so Ängste oder Zweifel erfolgreich abzuwehren (Hofmann & Ruch, 2015). Der Einfluss einer sensorischen Beeinträchtigung auf das Wohlbefinden zeigte sich in der Studie von Armstrong, Surya, Elliott, Brossart und Burdine (2016). Betroffene Personen wiesen höhere Werte im Zusammenhang mit Depression auf und niedrigere Werte in Bezug

gesundheitsbezogene Lebensqualität, als jene Personen, die keinen sensorischen Einschränkungen ausgesetzt waren.

Bewältigungsstrategien sind für sehbeeinträchtigte Personen bedeutende Mechanismen, die eine besonders profitierende Wirkung mit sich bringen. Diese Strategien können auf verschiedenen Ebenen (behavioral, sozial, psychisch) ausgeprägt sein (Brennan & Cardinali, 2000). Das Schaffen neuer Copingstrategien ist beim Verlust der Sehkraft eine hilfreiche Methode, um sich den neuen Gegebenheiten anzupassen (Brennan & Cardinali, 2000). Humor als Bewältigungsmechanismus hat sich in vielen Bereichen bereits bewährt (Ho, 2016; Kuiper, Martin & Olinger, 1993; Martin, 2007) und stellt schon ab dem Jugendalter eine Ressource in unangenehmen Situationen dar (Wicki, 2000). Derzeit gibt es Studien, welche den Zusammenhang von Humor und Heiterkeit auf das psychische Wohlbefinden untersuchen, Humor als Bewältigungsmechanismus im Allgemeinen belegen, aber keine Befunde, die diese Konstrukte in Zusammenhang mit hochgradiger Sehbeeinträchtigung und Blindheit setzen.

Innerhalb dieser Arbeit liegt der Fokus genau auf diesem Gebiet. Untersucht wird die Wirkung von Humor und Heiterkeit auf die Krankheitsverarbeitung blinder und hochgradig sehbeeinträchtigter Menschen, sowie die Auswirkung dieser Variablen auf deren psychisches Wohlbefinden. Diese Thematik und deren praktische Relevanz ergibt sich aus der Tatsache, dass Einschränkungen im Bereich des Sehens, die dritthäufigste körperliche Beeinträchtigung in Österreich darstellen (Blinden- und Sehbehindertenverband Österreich, 2017). Humor und Heiterkeit bieten einen neuen Zugang für die Prävention und Behandlung negativer psychischer Auswirkungen bei dieser Art von Beeinträchtigung (Armstrong, Surya, Elliott, Brossart, & Burdine, 2016).

## 2 Theoretische Grundlagen

### 2.1 Hochgradige Sehbehinderung/Blindheit

#### 2.1.1 Definition: Behinderung.

Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (Bundeskanzleramt Österreich, 2017) beinhaltet die in Österreich geltende Definition von Behinderung.

**§ 3.** Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten. (Bundeskanzleramt Österreich, 2017)

#### 2.1.2 Definition: hochgradige Sehbehinderung/Blindheit.

Der sogenannte Visus ist die medizinische Einheit, mittels welcher die Sehschärfe gemessen wird (Lang, 2014). Dieser lässt sich mathematisch als Bruch darstellen: Ist-Entfernung/Soll-Entfernung = Visus.

Beschrieben werden kann diese Art von Sehschärfenmessung folgendermaßen: Einer Person wird eine Tafel mit einem Zeichen (z.B. Buchstaben oder Ziffern) aus einer bestimmten Entfernung vorgelegt, mit der Aufforderung diese zu benennen. Die Zeichengröße ist so angepasst, dass ein normales Auge diese gerade noch aus einer gewissen Entfernung (Sollentfernung) auflösen kann. Lässt sich diese Distanz, mit der Distanz, aus welcher das Zeichen tatsächlich erkannt wird, (Ist-Entfernung) gleichsetzen, so spricht man von einem normalen Visus (Lang, 2014). Erkennt der Patient einen Buchstaben aus 5m Entfernung, welcher für ein gesundes Auge aus 5m erkannt werden sollte, ergibt sich ein Visus von 1.0 ( $5/5=1.0$ ). Erkennt ein Patient einen Buchstaben erst aus einer Entfernung von 1m, welcher von Normalsichtigen aus 5m erkannt wird, so ergibt sich ein Visus von 0.2 ( $1/5=0.2$ ) und man spricht von einem herabgesetzten Visus (Lang, 2014).

Die Klassifizierung beziehungsweise Einordnung einer Person in den Grad der visuellen Beeinträchtigung orientiert sich an dieser Maßzahl. Nach österreichischem Gesetz ist dies folgendermaßen einzustufen (Bundeskanzleramt Österreich, 2012):

### **2.1.2.1 Hochgradige Sehbehinderung.**

Die betroffene Person weist eine Sehleistung mit einem Visus  $\leq 0.05$  ohne Gesichtsfeldeinschränkungen auf. Gemessen wird dies am besseren Auge bei vollständiger Korrektur (Bundeskanzleramt Österreich, 2012).

Zwar ist der Visus das Hauptaugenmerk bei der Definition visueller Beeinträchtigung, allerdings ist anzumerken, dass dies nicht der einzige Indikator ist. Jede Person muss individuell in ihrer Einschränkung betrachtet werden (Bundeskanzleramt Österreich, 2012). So können Betroffene mit einem Visus von 0.3 (oder sogar höher) ebenso in die Kategorie hochgradiger Sehbeeinträchtigung fallen, wenn weitere Problematiken am Auge vorliegen (z.B. Gesichtsfeldausfälle).

### **2.1.2.2 Blindheit.**

Die betroffene Person weist einen Visus  $\leq 0.02$  ohne Gesichtsfeldeinschränkungen auf. Gemessen wird dies, wiederum am besseren Auge, bei optimaler Korrektur (Bundespflegegeldgesetz, 2012). Auch hier besteht die Möglichkeit, dass bei weiteren Einschränkungen im Bereich des Sehens, wie zum Beispiel Hemianopsie oder Quadrantenanopsie (verschiedene Formen von Gesichtsfeldausfällen), die betroffene Person bei einem höherem Visus, als blind klassifiziert werden kann (Bundeskanzleramt Österreich, 2012).

### **2.1.3 Sehbehinderung/Blindheit: Zahlen und Fakten.**

Weltweit betrachtet ergab eine Hochrechnung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2002 (Resnikoff, Pascolini, Etya'ale, Kocur, Pararajasegaram, Pokharel, & Mariotti, 2004), dass Blindheit eine geschätzte globale Prävalenz von 0.57% aufweist und Sehbehinderung eine Prävalenz von 2%.

Die hochgerechnete Anzahl blinder Personen weltweit ist in den drei Alterskategorien folgendermaßen verteilt (Resnikoff et al., 2004):

0-15 Jahren: 1.368 Millionen

15-49 Jahre: 5.181 Millionen

ab 50 Jahren: 30.308 Millionen

Die Ursachen von Blindheit können vielseitig sein. Abbildung 1 zeigt verschiedene Gründe eines Sehverlustes und deren Auftreten anhand relativer Häufigkeiten (weltweite Verteilung) auf (Resnikoff et al., 2004).

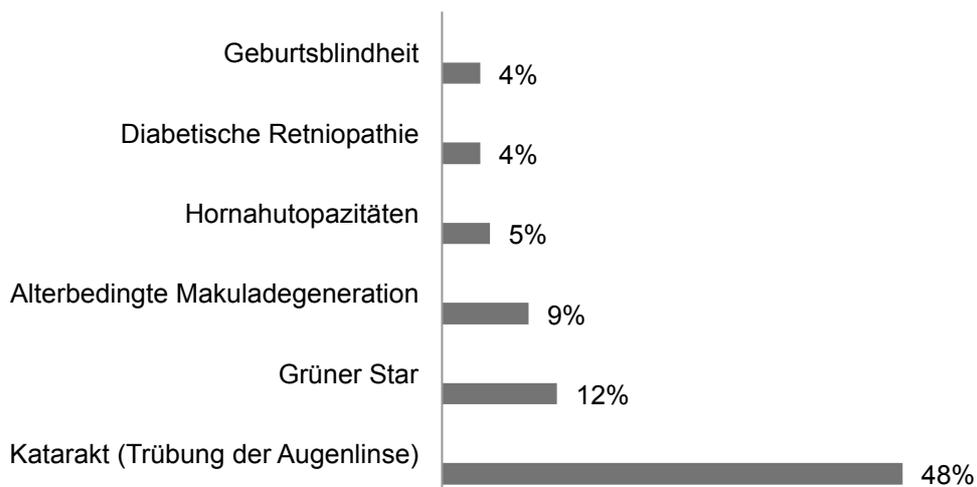


Abbildung 1. Ursachen für Blindheit; globale Prozentsätze (adaptiert nach Resnikoff et al., 2004).

Von Oktober 2007 bis Februar 2008 wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz von Statistik Austria eine Umfrage betreffend „Menschen mit Beeinträchtigung“ durchgeführt (Blinden- und Sehbehindertenverband Österreich, 2017). Teilgenommen an dieser Befragung haben durch Zufallsauswahl 8.195 Personen.

Probleme im Bereich Sehen wurden hierbei als dritthäufigste Form von 318.000 Personen, hochgerechnet auf 8.2 Millionen (4%) angegeben (nach Problemen in der Beweglichkeit und chronischer Beeinträchtigung). Problematiken betreffend Sehen werden dann als Sehbeeinträchtigung definiert, wenn Brillen, Kontaktlinsen beziehungsweise jegliche andere Sehhilfen keine Verbesserung mehr erzielen (Blinden- und Sehbehindertenverband Österreich, 2017). Tabelle 1 können die Zahlen der weltweit betroffenen Personen entnommen werden.

Tabelle 1

*Globale Hochrechnung blinder bzw. sehbeeinträchtigter Personen*

<b>Beeinträchtigungsgrad</b>	<b>N</b>
Blindheit	3 000
hochgradige Sehbeeinträchtigung	101 000
mittlere Sehbeeinträchtigung	146 000
leichte Sehbeeinträchtigung	68 000

Diese Art der Beeinträchtigung (Sehbehinderung bzw. Blindheit) tritt häufiger bei Frauen (4%), als bei Männern (3%) auf (Blinden- und Sehbehindertenverband Österreich, 2017).

Eine Krankheit beziehungsweise Beeinträchtigung stellt für die Betroffenen eine Herausforderung dar. Wie sich der Prozess der Verarbeitung psychologisch gestaltet, wird im nächsten Kapitel näher erläutert.

## 2.2 Krankheitsverarbeitung

*„Krankheitsbewältigung – auch Krankheitsverarbeitung oder „Coping“ (von englisch: to cope: fertig werden mit etwas) – ist das Bemühen bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch eine Krankheit innerpsychisch oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen, zu meistern oder zu verarbeiten“ (Marschall & Utschakowski, 2006; S.160).*

Mit einer Krankheit beziehungsweise einer Diagnose umgehen zu lernen ist ein Prozess, welcher sich durch verschiedene Stadien auszeichnet. Diese Phasen können gleichzeitig, nacheinander, in Abwechslung oder in Wiederholung auftreten. Angst und Unsicherheit sind nicht selten Teil dieses Prozesses (Marschall & Utschakowski, 2006).

Dieser Prozess der Krankheitsverarbeitung ist fünf Phasen zugeordnet, welche sich in ihren emotionalen und kognitiven Eigenschaften unterscheiden (Marschall & Utschakowski, 2006):

1. Schock/Verleugnung
2. Aggression
3. Depression
4. Verhandeln
5. Akzeptanz

Nicht nur bei der Entstehung einer Krankheit müssen verschiedene Kriterien berücksichtigt werden, auch bei ihrer Bewältigung müssen mehrere Faktoren miteinbezogen und bio-psycho-sozial betrachtet werden (Marschall & Utschakowski, 2006). Ho (2016) zeigte in seiner Untersuchung, dass der soziale und selbstaufwertende Humor in positivem Zusammenhang mit persönlicher Bewältigung steht.

Was genau die Wissenschaft und vor allem die Psychologie unter Humor versteht wird in folgendem Kapitel genauer betrachtet.

## 2.3 Humor

### 2.3.1 Humor: Definition und sprachlicher Ursprung.

Bis heute hat der Ausdruck Humor keine eindeutige Begriffsbestimmung erfahren (Ruch, 2012). So weitläufig die Bereiche des Humors sind, so weitreichend sind auch die ihm zugeschriebenen Definitionen. Die Interpretation des deutschen Wortes *Humor*, lässt sich laut Duden (2017) anhand von drei Ebenen klassifizieren.

Humor ist:

- „1. *Fähigkeit und Bereitschaft, auf bestimmte Dinge heiter und gelassen zu reagieren*
2. *Sprachliche, künstlerische o.ä. Äußerungen einer von Humor bestimmten Geisteshaltung, Wesensart*
3. *Gute Laune, fröhliche Stimmung*“

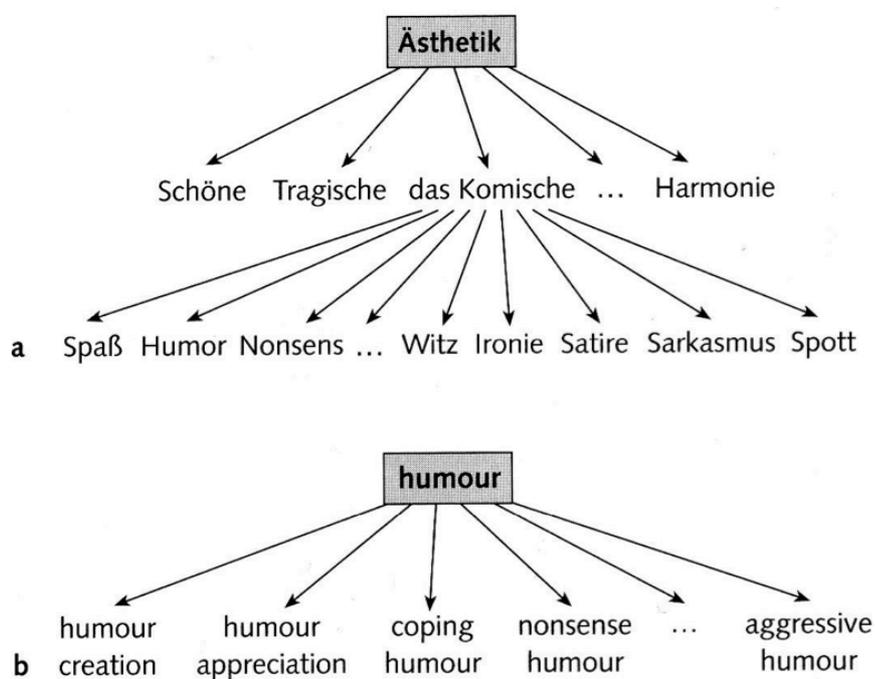
Die Wurzeln des Begriffs lassen sich im Lateinischen wiederfinden (Ruch, 2012). „Umor“ ist der ursprüngliche lateinische Ausdruck, welcher sich als Flüssigkeit beziehungsweise Feuchtigkeit übersetzen lässt. Verwendet wurde dieser Begriff vor allem in der Medizin, um die vier Körpersäfte Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle zu definieren (Ruch, 2012).

Bis ins Mittelalter erfasste man anhand dieser Körperflüssigkeiten und deren Verhältnisses innerhalb eines Organismus das Temperament des Menschen (Ruch, 2012). Eine Dysbalance dieser vier Körpersäfte spiegelte sich in temperamentalen Anomalitäten wider (Choleriker, Melancholiker, Sanguiniker, Phlegmatiker). Im Zusammenhang mit dieser sogenannten Säftelehre beschreibt Humor den Gemütszustand im Allgemeinen und das labile Verhalten im Speziellen. Humor als Synonym für eine sogenannte „Laune“, ist dieser Zeit zuzuordnen (Ruch, 2012).

### 2.3.2 Humor in der Wissenschaft.

Auch in der Wissenschaft ist die Klassifikation des Konstrukts Humor nicht nur einer Richtung zugeordnet (Ruch, 2012). Je nachdem auf welchem wissenschaftlichen Bezugssystem der Fokus liegt, zeigt sich eine jeweils angepasste Herangehensweise an die Einordnung von Humor. Aus einem sehr entfernten Blickwinkel betrachtet, lassen sich zwei Bezugssysteme im Forschungsbereich erkennen (Ruch, 2012):

Zum einen ist hier die Ästhetik (Teilbereich der Philosophie) zu erwähnen und zum anderen das angloamerikanische Bezugssystem. In der Ästhetik beschreibt Humor eine Unterkategorie des Komischen und kann durchgehend als etwas Gutmütiges definiert werden (Ruch, 2012). Im angloamerikanischen Bezugssystem zeigt sich „humour“ als ein Überbegriff, welcher unterschiedlichste Arten von Humor beinhaltet. Nämlich nicht nur jene, die als lustig oder gut bekannt sind, sondern auch jene Humorkategorien, die mit persönlicher Verletzung oder Feindseligkeit im Zusammenhang stehen (Ruch, 2012). Abbildung 2 gibt einen grafischen Überblick dieser zwei Bezugssysteme.



*Abbildung 2.* a: Humor in der Ästhetik b: Humor im angloamerikanischen Bezugssystem (Ruch, 2012; S. 10)

Sprache und Wissenschaft haben Humor seinen Platz gegeben und aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Bedeutend für die vorliegende Untersuchung ist der wissenschaftliche Bereich der Psychologie. Dieser wird in Kapitel 2.3.3 näher erläutert.

### **2.3.3 Humor in der Psychologie.**

Der Psychologe Willibald Ruch (2012) hat sich ebenfalls der Aufgabe einer Humordefinition gestellt und kam zu folgendem Schluss:

Humor hat mit einem persönlichkeitsbedingten kognitiv-emotionalen Stil der Verarbeitung von Situationen bzw. des Lebens, der Welt im Allgemeinen zu tun, der charakterisiert ist durch die Fähigkeit, auch negativen Situationen (Gefahren, Ich-Bedrohung etc.) positive Seiten abzugewinnen, sich nicht aus der Ruhe bringen zu lassen, ja sogar darüber lächeln zu können, d.h. zumindest ansatzweise mit „Erheiterung“ zu reagieren. Humor in diesem breiten Sinne ist eher eine Einstellung zum Leben und den Mitmenschen im Allgemeinen. Er ist eine Kombination von Ernst und Heiterkeit. Man kann die wichtigen Dinge im Leben ernst nehmen, aber sie dennoch auch heiter distanziert betrachten. (S. 23-24)

In vielen Theorien und Modellen handelt es sich um Facetten beziehungsweise Teilaspekte von Humor und zusammengefasst betrachtet ist keiner dieser Ansätze widersprüchlich (Frings, 1996). So scheint es doch sehr plausibel und legitim, dass das vielseitige Konstrukt *Humor* nicht anhand einer kurzen Definition die gesamte Reichweite ihrer Vielfalt beinhalten kann (Frings, 1996).

In der Psychologie lässt sich ein Muster erkennen, innerhalb dessen so gut wie jede Humorthorie, Humorfunktion und Komponente des Humorprozesses zugeordnet werden kann (Martin, 2007). Es ergeben sich drei große Kategorien, welche das Fundament in der psychologischen Humorthematik bilden:

#### **2.3.3.1 Kognitiv-perzeptive Ansätze.**

Um Humor produzieren zu können bedarf es eines gewissen Kognitionsablaufs (Sroufe & Wunsch, 1972). Die Informationen müssen vorerst mental verarbeitet werden, um daraufhin ein für die Situation angepasstes Verhalten zu schaffen. Im Mittelpunkt kognitiv-perzeptiver Theorien steht die Inkongruenz (sogenannte Inkongruenztheorien). Ausgegangen wird davon, dass Humor dem Widerspruch von verschiedenen Elementen zu Grunde liegt. Ein besonders typisches Beispiel hierfür wäre der Witz (Martin, 2007). In der Pointe werden gegensätzliche Element verknüpft, die ein lustvolles Gefühl auslösen und Humor ihren Platz geben. Vertreter dieser Theorien sind Schopenhauer oder Kant (Frings, 1996).

### **2.3.3.2 Sozial-verhaltenstheoretische Ansätze.**

Von außen betrachtet ist Humor ein soziales Phänomen. Es wird vorwiegend im sozialen Gefüge erlebt. Selbst wenn nicht direkt Personen anwesend sind, ist meist indirekt eine soziale Komponente vorhanden (einen lustigen Film ansehen, Witze lesen,...). Dieser soziale Aspekt ermöglicht es, einen spielerischen Zugang in gesellschaftlichen Interaktionen zu erreichen. Hinter einem humorvollen Auftreten in der Öffentlichkeit steht meist auch ein tieferes Ziel, als einfach nur andere Personen zum Lachen zu bringen. Durch ein humorvolles Verhalten wird Eindruck hinterlassen, Aufmerksamkeit und Prestige erlangt (Martin, 2007).

Humor schafft es, gewisse zwischenmenschliche Situationen in bestimmte Richtungen zu lenken und zu beeinflussen. So kann eine humorvolle Aussage in einer angespannten Diskussion deeskalierend wirken. Eine humorvolle Kommunikation macht es möglich harte Fakten mild auszudrücken (Martin, 2007). Humortheorien innerhalb dieser sozialen Komponente (und den damit einhergehenden Ausdruck von Lachen) stehen im starken Zusammenhang mit Aggression und weisen somit auch eine negative Seite auf. Diese Denkansätze werden daher auch unter der Bezeichnung *Überlegenheitstheorien* klassifiziert und gelacht wird auf Kosten anderer beziehungsweise über Schwächere (Frings, 1996). Dies gibt einem das Gefühl von Triumph und führt zu einer Selbstaufwertung. Aristoteles und Hobbes gelten als Vertreter dieser Theorien (Frings, 1996).

### **2.3.3.3 Emotional-physiologische Ansätze.**

Hierbei liegt das Zentrum der Theorien beziehungsweise der humorvollen Ereignisse bei den Aspekten der Emotionen und der Physiologie. Diesen Theorien lässt sich Freud einordnen (Frings, 1996).

Laut Frings (1996) bietet Humor

die Möglichkeit, sich auf sozial akzeptierte Weise über kulturelle, konventionelle, logische und andere Zwänge hinwegzusetzen. Er ermöglicht Entlastung vom Realitätsprinzip und von der im Alltag geforderten Vernunft. Normalerweise der Kontrolle unterliegende sexuelle oder aggressive Impulse können im Humor ungestraft ausgelebt werden. (S. 42-43)

Humor hat somit nicht nur eine intellektuelle Komponente, sondern auch eine emotionale (Martin, 2007). Es wurde schon vielfach gezeigt, dass bei Konfrontation freudiger und lustiger Elemente beziehungsweise durch das Entstehen von Lachen, im Hirn jene Bereiche aktiv sind, welche den Emotionen zugeschrieben sind (Martin, 2007).

Humor als Emotion an sich hat sich jedoch in der Psychologie bisweilen nicht durchgesetzt, da in der Emotionsforschung mehr das Lachen (also das Verhalten) im Vordergrund steht, als der Humor selbst (Martin, 2007).

Emotionen führen wiederum zu Auswirkungen auf kognitiver Ebene. Alice Isen (2003, zit. nach Martin, 2007, S.16) zeigte, dass Personen, welche sich in einer positiven Emotionslage, wie Freude befanden (im Gegensatz zu Personen in neutraler oder negativer Emotionslage), eine höhere Flexibilität im Denken, kreativere Problemlösungen sowie effektiveres Denken, Planen und Urteilen aufwiesen.

Die Humorfunktion des Spannungsabbaus zeigt sich als weitere psychologische Funktion und ist vielfach belegt und innerhalb vieler Untersuchungen bestätigt worden (Berger, 2014; Martin, 2007; Martin & Lefcourt, 1983). Humor als Copingstrategie dient dazu, Stress zu reduzieren beziehungsweise schwierige Lebenssituationen leichter zu nehmen. Diese Funktion von Humor wird in Kapitel 2.3.8 näher erläutert.

#### **2.3.4 Abgrenzung: Humor – Lachen.**

Humor und Lachen sind zwei Begriffe, die nicht selten im selben Zusammenhang verwendet werden (Martin, 2007). Umso schwieriger ist es, diese absolut differenziert zu betrachten. Das Lächeln beziehungsweise Lachen ist noch vor allen komplexen kognitiven Prozessen ausgeprägt (Goldstein & McGhee, 1972). Lachen ist überall auf der Welt zu finden und als angeborener physischer Ausdruck einer positiven Emotion zu verstehen (Ruch, 2012). Das freudige Gefühl kann in Form eines lautlosen Grinsens (geringe Intensität) bis hin zu lautem Lachen (hohe Intensität) auftreten. Humor kann somit im Zusammenhang mit einer Reaktion im Gesicht, welche von außen betrachtet und eingeordnet werden kann, stehen (Martin, 2007). Lachen ist in diesem Fall ein Indikator, dass eine Person etwas lustig findet und sich amüsiert. Allerdings muss angemerkt werden, dass Lachen nicht zwingend in humorvollen Momenten auftreten muss und somit auch keine ausreichende

Erklärung bietet, in Anbetracht Humor zu definieren (Goldstein & McGhee, 1972). Natürlich kann eine Person eine humorvolle Situation erleben und amüsiert sein, aber dies nicht in einem physischen Ausdruck von Lachen widerspiegeln beziehungsweise ist im Gegensatz dazu, Lachen nicht auf humorvolle, lustige Situationen beschränkt. Es gibt viel mehr Auslöser (z.B. Nervosität), die mit einem Lachen einhergehen können (Goldstein & McGhee, 1972).

Humor und Lachen ist somit getrennt zu betrachten und doch auch im Zusammenhang zu verstehen. Kapitel 2.3.5 widmet sich nun der Entwicklung dieser zwei Konstrukte und zeigt, dass die Trennung auch hier nicht eindeutig ist.

### **2.3.5 Entwicklung: Humor – Lachen.**

Die Entwicklungspsychologie stützt sich auf einen multifaktoriellen Ansatz, das heißt für den Entwicklungsprozess sind verschieden Faktoren verantwortlich. Es ist ein komplexes Zusammenspiel aus genetischen, biologischen, erzieherischen, familiären, sowie anderen sozialen Einflüssen (Martin, 2007).

Wie bereits in Kapitel 2.3.4 erwähnt, ist das Lachen vor allen komplexen kognitiven Prozessen ausgeprägt (Goldstein & McGhee, 1972). So tritt das Lachen oder Lächeln erstmals bei Babys im Alter von ca. 12 Wochen auf (Washburn, 1929; zit. nach Wicki, 2000).

Die Basis von Humor liegt schon in unseren Genen. Diese biologische Grundlage wurde bereits vielfach untersucht und bestätigt (Martin, 2007). So kann keine Kultur festgestellt werden, in der ausschließlich ernst und humorfrei kommuniziert wird (Martin, 2007; Ruch, 2012). Wie man Humor in sozialen Situationen passend anwendet, beziehungsweise welche Themen humortauglich sind, legt dann die Kultur und das soziale Gefüge fest, in dem wir aufwachsen (Martin, 2007).

Humor und Lachen kennzeichnen sich somit als universelle Phänomene und legen Hypothesen nahe, dass diese Verhaltensweisen aus einem bestimmten Nutzen überlebt und eine positive Wirkung auf uns Menschen haben (Goldstein & McGhee, 1972).

In der frühen Humorentwicklung zeigen sich typische Situationen und Verhaltensweisen, die mit einem Lachen einhergehen. Zwar ist Lachen, wie schon in Kapitel 2.3.4 beschrieben, kein ausreichender Indikator für Humor und doch stehen sie in engem Zusammenhang (Wicki, 2000).

Verschiedene Studien zeigen, dass sich intraindividuelle Unterschiede im Verlauf von Humor bei Kindern je nach Alter zeigen. So werden in verschiedenen Altersstufen andere Arten von Humor ausgedrückt beziehungsweise bevorzugt (Wicki, 2000). Sroufe und Wunsch (1972) zeigten in ihrer Untersuchung, dass bei Kindern zwischen vier und sechs Monaten am einfachsten ein Lachen abzugewinnen ist, wenn auditive und taktile Stimuli vereint werden. Sieben bis neun-monatige Kinder reagieren häufig auf visuelle und taktile Reize mit einem Lachen, wohingegen Babys im Alter von 10-12 Monaten vorwiegend bei visuellen und sozialen Stimuli zu lachen beginnen (Sroufe & Wunsch, 1972). Laut den Autorinnen ist Lachen auch im Zusammenhang mit der kognitiven Herausforderung zu sehen. So weisen Stimuli, die erst bei älteren Kindern Lachen verursachen, eine höhere kognitive Anforderung auf.

Kindern ab dem zweiten Lebensjahr ist es bereits möglich inkongruente Aussagen und Bezeichnungen bewusst anzuwenden (z.B. Auf einen Vogel deuten und Biene sagen) (Wicki, 2000). Ab dem dritten Lebensjahr werden Scherze, welche unmögliche Situationen beschreiben (z.B. „Schau da fliegt ein Schwein am Himmel“), als besonders witzig empfunden (Wicki, 2000).

Während die ersten Humoräußerungen auf Wahrnehmungen beruhen, die zu automatisch generierten situativen Erwartungen diskrepanz sind, ist bei den später entwickelten Formen das Uneigentliche, die in der Vorstellung veränderte Wirklichkeit zentral. Diese zweite Form des Humors kann erst auftreten, wenn das eineinhalb bis zweijährige Kind eigene Vorstellungen manipulieren und sie von der Wirklichkeit unterscheiden kann. (Wicki, 2000; S. 177)

Ab dem vierten Lebensjahr ist es dem Kind möglich wahrzunehmen, dass andere Personen anders Denken und Handeln (Theory of Mind). Dies lässt Raum für neue Spielmöglichkeiten und bietet die Option andere Kinder in die Irre zu führen und Spaß zu induzieren (Wicki, 2000).

Im Jugendalter zeichnet sich Humor als Ressource ab und bietet sich als gute Strategie in unangenehmen und peinlichen Situationen an (Wicki, 2000). Schaier und Cicirelli (1976) zeigten in ihrer Untersuchung, dass ältere Menschen Humor genauso schätzen wie Jüngere. Allerdings lässt sich im fortgeschrittenen Alter der Zusammenhang zu den kognitiven Fähigkeiten wiederfinden. Umso älter

eine Person und umso mehr die kognitive Leistungsfähigkeit abbaut, umso mehr entfernt sich die Person auch von der Komplexität der Humorproduktion (Schaier & Cicirelli, 1976).

Welche Art von Humor sich entwickeln kann beziehungsweise welche Unterschiede sich innerhalb des Humorverhaltens ergeben können, werden in folgendem Kapitel näher erläutert.

### **2.3.6 Humorstile.**

Martin et al. (2003) entwickelten einen Fragebogen zur Erhebung des Humorstiles, den sogenannten *Humor-Styles- Questionnaire* (HSQ). Innerhalb dieses Fragebogens wird zwischen vier verschiedenen Humorstilen differenziert. Auf diese vier Stile und den dazu entwickelten Fragebogen, wird in der Forschung und Wissenschaft vielfach Bezug genommen.

#### **2.3.6.1 Der soziale Humor (Affiliative Humor).**

Dieser Stil beschreibt sich dadurch, andere Personen zum Lachen zu bringen. Humor wird aktiv eingesetzt, durch das Erzählen von witzigen, amüsierenden Geschichten und Scherzen (Martin et al., 2003).

#### **2.3.6.2 Selbstaufwertender Humor (Self-enhancing Humor).**

Bei diesem Humorstil liegt aufgrund der humorvollen Perspektivenübernahme der Fokus auf der Regulation negativer Kognitionen. Diese Form zeigt sich als allgemein humorvolle Sichtweise des Lebens. Angewendet wird der selbstaufwertende Humor zur Emotionsregulation sowie als Copingstrategie (Martin et al., 2003).

#### **2.3.6.3 Aggressiver Humor (Aggressive Humor).**

Sarkasmus oder Humor, der andere kritisiert und manipuliert, wird dieser Kategorie zugeordnet (Martin et al., 2003). Diese Art von Humor nimmt keine Rücksicht auf die Gefühle der Mitmenschen und kann verletzend auf diese wirken (z.B. sexistische oder rassistische Aussagen).

#### **2.3.6.4 Selbstabwertender Humor (Self-defeating Humor).**

Hierbei wird der Humor auf eigene Kosten ausgelebt. Diese Humorfacette beschreibt Personen, die sich über sich selbst lustig machen und Anerkennung suchen, indem sie über sich selbst scherzen. Sie werten sich selbst in Gegenwart anderer Personen durch humorvolle Aussagen stark ab (Martin et al., 2003).

Diese verschiedenen Stile werden in der Psychologie bereits vielfach untersucht und es ergeben sich klare Verbindungen zwischen der Art des Humors und bestimmten Persönlichkeitseigenschaften. Diese sind in Kapitel 2.3.7 näher beschrieben.

#### **2.3.7 Humor und Persönlichkeit.**

Diverse Forscher (Heintz, 2016; Martin et al., 2003; Mendiburo - Seguel, Páez & Martínez - Sánchez, 2015) haben sich bereits damit auseinandergesetzt, welchen Einfluss Humor auf die Persönlichkeit des Menschen hat. In Bezug auf die Persönlichkeitsdimensionen der Big Five gibt es folgende Erkenntnisse:

##### **2.3.7.1 Offenheit.**

Eine positive Korrelation betreffend die Persönlichkeitsdimension Offenheit zeigt sich mit dem selbstaufwertenden sowie dem sozialen Humor (Martin et al., 2003; Mendiburo - Seguel et al., 2015). Offenheit ist ein Indikator für Personen, die sich gerne erheitern lassen und Humor wertschätzen (Heintz, 2016).

##### **2.3.7.2 Verträglichkeit.**

Das verspottende Humorverhalten weist einen signifikanten Zusammenhang mit geringer Verträglichkeit auf (Heintz, 2016). Dieser negative Zusammenhang zeigt sich nicht nur bei aggressivem Humor, sondern auch beim selbstabwertenden Humorstil (Martin et al., 2003).

##### **2.3.7.3 Neurotizismus.**

Ein negativer Zusammenhang dieser Persönlichkeitsfacette zeigt sich beim selbstaufwertenden Humor und eine positive Korrelation beim aggressiven sowie dem selbstabwertenden Humorstil (Martin et al., 2003; Mendiburo-Seguel et al., 2015).

#### **2.3.7.4 Extraversion.**

Der soziale sowie der selbstaufwertende Humorstil stehen im positiven Zusammenhang mit Extraversion (Martin et al., 2003). Im Vergleich zum sozialen Humorstil ist diese Korrelation beim selbstaufwertenden Humor etwas schwächer (Martin et al., 2003; Mendiburo-Seguel et al., 2015). Extravertierte Menschen neigen dazu Humor selbst zu produzieren und ein heiteres Humorverhalten zu verkörpern (Heintz, 2016). Der aggressive sowie der selbstabwertende Humorstil weisen zu Extraversion eine negative Korrelation auf (Mendiburo-Seguel et al., 2015).

#### **2.3.7.5 Gewissenhaftigkeit.**

Personen mit aggressiven sowie selbstabwertenden Humorverhalten zeigen eine geringe Ausprägung in der Persönlichkeitsdimension Gewissenhaftigkeit (Martin et al., 2003).

Die Ergebnisse der derzeitigen Studien beschränken sich allerdings nicht auf den Einfluss von Humor auf die fünf Dimensionen der Persönlichkeit, sondern bestätigen weitreichendere Verbindungen zu psychischen Eigenschaften. Der soziale Humorstil sowie der selbstaufwertende Humor haben einen positiven Einfluss auf das Selbstbewusstsein, Beziehungen, allgemeine Zufriedenheit, Optimismus sowie das psychische Wohlbefinden (Martin et al., 2003). Personen der Kategorie des sozialen Humorstiles erweisen sich allgemein als emotional stabil, sozial und zufrieden (Martin et al., 2003).

Depression, Angst, Aggression und schlechte Laune zeigen sich in Verbindung mit Persönlichkeiten, die einen selbstabwertenden Humorstil vertreten. Diese Art von Humor wirkt sich negativ auf das psychische Wohlbefinden und den Selbstwert aus (Martin et al., 2003). Vernon, Martin, Schermer, Cherkas und Spector (2008; zit. nach Mendiburo-Seguel et al. 2015, S. 337) zeigten, dass der soziale und selbstaufwertende Humorstil Indikatoren für höhere Flexibilität, stärkere Vorstellungskraft und Kapazität betreffend Einsicht sowie bessere Coping- und Problemlösefähigkeiten sind. Humor als Funktion der Bewältigung wird im kommenden Kapitel näher untersucht.

### **2.3.8 Humor als Copingstrategie.**

*„Kein Zweifel, das Wesen des Humors besteht darin, daß man sich die Affekte erspart, zu denen die Situation Anlaß gäbe, und sich mit einem Scherz über die Möglichkeit solcher Gefühlsäußerungen hinaussetzt“* (Freud, 2001, S. 254). Das Entkommen von Leid steht bei Freud (2001) im starken Zusammenhang mit Humor und der Anwendung des Witzes. So wird laut seinen Theorien der Humor dem Über-Ich zugeschrieben, welches versucht das Ich zu trösten und zu vermitteln, dass die Welt doch gar nicht so böse und voller Leid ist. Freuds Ansichten gelten als Inbegriff jener Theorie, die Humor mit dem Unbewussten in Zusammenhang setzt. Die Ansicht, dass Komik als Trost dient (die sogenannte Tragikomik) und die Eigenschaft besitzt negative Emotionen wie Trauer oder Kummer erträglicher zu machen, zeigt sich auch bei anderen Theoretikern/Theoretikerinnen (Berger, 2014). So kann man negative Gefühle zwar nicht auslöschen und verhindern, aber man kann diese durch die Anwendung von Humor minimieren.

Wie schon in Kapitel 2.3.6 beschrieben, lassen sich unterschiedliche Humorstile differenzieren. In Bezug auf diese Differenzierung zeigt sich laut Martin et al. (2003), dass vor allem der selbstaufwertende Humorstil als Bewältigungsstrategie fungiert und im Zusammenhang mit Coping steht. Ein hohes Humorlevel wirkt selbstschützend und steht mit einer positiven kognitiven Bewertung gegenüber Stress in Zusammenhang (Martin et al., 1983). Es zeigen sich Unterschiede zwischen Personen mit hohem und Personen mit niedrigem Humorlevel in der Bewältigung unterschiedlicher Lebensereignisse. Nicht nur die positive Wirkung von Humor bei negativen Lebensereignissen beziehungsweise Stress ist an dieser Stelle anzumerken, sondern auch der Effekt auf die positiven Lebensereignisse. So verstärkt Humor die positive Wahrnehmung schöner Erfahrungen (Martin et al., 1993).

Humor erwies sich in der Studie von Martin und Lefcourt (1983) als schützend betreffend Stimmungslage. Bei Menschen mit niedrigem Humorlevel war der Einfluss negativer Erlebnisse auf eine negative Grundstimmung höher als bei jenen, die höhere Humorwerte aufwiesen.

### 2.3.9 State-Trait-Modell der Heiterkeit (Ruch, Köhler, & Van Thriel, 1996).

Ein sehr angesehenes Modell in der Psychologie ist das State-Trait-Modell der Heiterkeit (Ruch et al., 1996). Betreffend die vorliegende Untersuchung stellt sich diese Ansicht von Humor beziehungsweise der Facette Heiterkeit als passend heraus und wird in folgendem näher erläutert.

Das State-Trait-Heiterkeitsmodell lässt sich durch drei Variablen klassifizieren: *Heiterkeit*, *schlechte Laune* und *Ernst*. Anhand dieser drei Abstufungen lässt sich der emotionale Zustand Erheiterung definieren (Ruch, Köhler, & Van Thriel, 1996). Erheiterung steht in engem Zusammenhang mit unserem Humorverhalten und bildet einen eigenen Zugang zur Klassifizierung und Definition des Konstrukts Humor (Ruch et al., 1996). In diesem Modell gehen die Autoren davon aus, dass das Initiieren von Humor, Lachen an sich und das Schätzen von humorvollen Situationen, Momenten, Ereignissen persönlich variiert. So gibt es Menschen, bei denen diese Eigenschaften höher ausgeprägt sind als bei anderen (Ruch et al., 1996). Dies definiert sich als temperamentale Basis von Humor. Sie gibt darüber Aufschluss, wie das Humorverhalten tatsächlich ist und nicht wie es sein soll. Humor kann auf der einen Seite als *Trait* und auf der anderen Seite als *State* eingeordnet werden (Ruch et al., 1996).

**Trait:** eine Persönlichkeitscharakteristik, welche Dispositionen standhält und als Konstante beziehungsweise stabil über längere Zeit hinweg angesehen werden kann (Ruch et al., 1996).

**State:** ein Zustand, welcher aktuellen Dispositionen verfällt und uns in manchen humorvollen Momenten mehr lachen lässt und in anderen weniger. Humor als State ist somit einer größeren Variabilität ausgesetzt und nicht stabil (Ruch et al., 1996).

Alle drei Komponenten in diesem Modell (*Ernst*, *schlechte Laune* und *Heiterkeit*) können innerhalb dieser zwei Komponenten wechseln, also einem variablen Zustand (*State*), als auch einer habituellen Persönlichkeitseigenschaft (*Trait*) entsprechen (Ruch, 2012).

*Heiterkeit* setzt die Schwelle zur emotionalen Komponente Erheiterung hinab und die beiden anderen Facetten (*schlechte Laune* und *Ernst*) setzen diese hinauf. In Abbildung 3 ist gut zu erkennen, wie sich die drei Komponenten betreffend aktuellen

Zustand und überdauernden Persönlichkeitsmerkmal verhalten und welchen Einfluss sie auf den positiven Zustand der Erheiterung haben. Dieses Modell gibt einen anderen Blickwinkel auf das Verständnis des Phänomens *Humor* und lässt Platz für die inter- und intraindividuellen Unterschiede im Humorverhalten (Ruch et al., 1996).

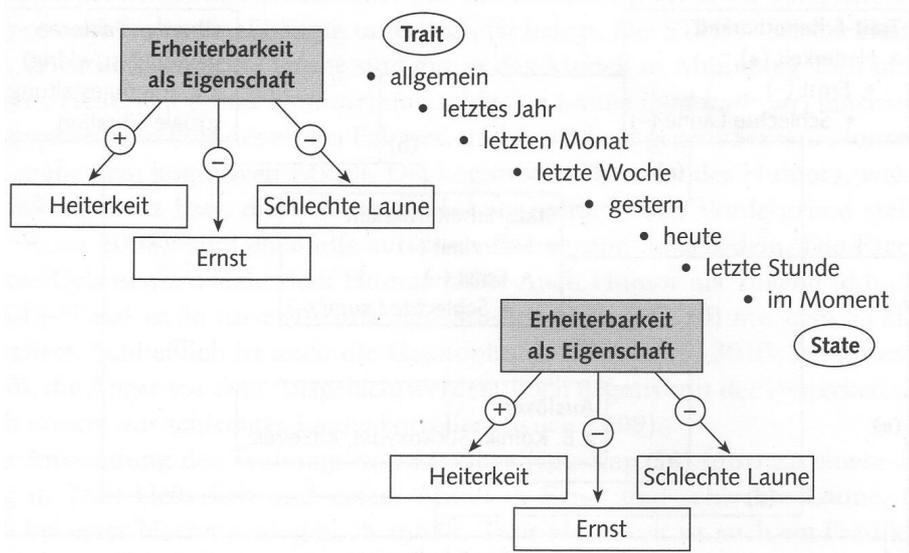


Abbildung 3. State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit (Ruch, 2012; S. 21)

Betreffend die vorliegende Arbeit ist die Thematik nicht auf Humor und Heiterkeit beschränkt, sondern widmet sich zu einem weiteren Teil dem psychischen Wohlbefinden, welches im kommenden Kapitel genauer beleuchtet wird.

## 2.4 Psychisches Wohlbefinden

Gesundheit im Allgemeinen lässt sich nicht alleine durch die Abwesenheit von Krankheit definieren, sondern wird als ein Zustand beschrieben, welcher physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden vereint (WHO, 2006). Psychisches Wohlbefinden lässt sich mit psychischer Gesundheit gleichsetzen (Schlipfenbacher & Jacobi, 2014) und ist laut WHO (2017) folgendermaßen definiert: „*Mental health is a state of well-being in which an individual can realize his or her own potential, cope with the normal stresses of life, work productively and make a contribution to the community.*“

Der positive Zusammenhang von psychischem Wohlbefinden und bestimmten Humorstilen hat sich in der Studie von Martin et al. (2003) bereits bestätigt. Armstrong et al. (2016) zeigten in ihrer Untersuchung, dass Personen mit sensorischen Beeinträchtigungen (Verlust von Sehen, Verlust von Hören bzw.

Verlust beider Sinne) höhere Werte im Zusammenhang mit Depression aufwiesen und niedrigere Werte in Bezug auf gesundheitsbezogene Lebensqualität als jene Personen, die keinen sensorischen Einschränkungen ausgesetzt waren. Andere Ergebnisse lassen sich in der Untersuchung von Kiely, Anstey und Luszcz (2013) finden. Der starke Einfluss eines sensorischen Verlustes im Alter auf das psychische Wohlbefinden und die geistige Gesundheit bestätigte sich bei jenen Personen, die eine duale sensorische Beeinträchtigung (Hör- und Sehverlust) aufwiesen. Dieser Zusammenhang konnte bei alleinigem Hörverlust ebenfalls belegt werden, nicht aber bei alleinigem Sehverlust (Kiely et al., 2013).

Ergebnisse von Rees, Tee, Marella, Fenwick, Dirani und Lamoureu (2010) belegten wiederum den Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen (bei 15% der Probanden/Probandinnen sogar klinisch signifikant) sehbeeinträchtigter Personen und deren spezifischem emotionalen Wohlbefinden betreffend Beeinträchtigung (*vision-specific distress*). Die Autoren (Rees et al., 2010) weisen darauf hin, dass in der Präventionsarbeit bezüglich Depression der Fokus auf die Bewältigung der beeinträchtigungsbedingten emotionalen Dysbalancen (*vision-specific distress*) gelegt werden soll. Laut Heintz (2016) lässt sich durch ein heiteres und witziges Humorverhalten die emotionale Stabilität positiv beeinflussen. Es zeigte sich, dass das psychische Wohlbefinden nicht unabhängig von der Verarbeitung der vorliegenden belastenden Umstände war (Heintz, 2016).

Auf die Bewältigung einer Krankheit oder schwierigen Lebenssituation beziehungsweise (im Falle der vorliegenden Arbeit) sensorischen Beeinträchtigung, wurde bereits in Kapitel 2.2 näher eingegangen.

Nun werden im nächsten Kapitel die vorliegenden wissenschaftlichen Befunde und Erkenntnisse zusammenfassend betrachtet und dargestellt.

## **2.5 Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstands**

Eine lachende und scherzende Person kann viel widerspiegeln. Auf der einen Seite kann dies Aufschluss geben über einen körperlich und/oder mental gut ausgeglichenen Menschen und auf der anderen Seite kann es bedeuten, dass dadurch Komplexe preisgegeben werden (Goldstein & McGhee, 1972). Humor bietet die Möglichkeit, diese Komplexe nach außen zu tragen. Scherzen und lachen kann bei mentalen Konflikten und Sorgen dabei helfen, den Schmerz gesund zu handeln und ihn in ein positives Gefühl umzuwandeln (Goldstein & McGhee, 1972).

Es wurde bereits gezeigt, dass Erheiterung (der positive Gefühlszustand, den wir in uns tragen, unabhängig davon, ob wir ihn in Form von Lachen oder Schmunzeln äußern) zu einem größeren Wohlbefinden, einer höheren Schmerztoleranz und weniger Stress führt (Hofmann & Ruch, 2015), uns also auf verschiedenen Ebenen positiv beeinflusst.

Sehverlust kann als chronischer Stressor betrachtet werden (Brennan & Cardinali, 2000). Studien zeigten (Abel, 2002), dass ein Sinn für Humor die kognitive Wahrnehmung von Stress positiv beeinflusst. Die Ergebnisse bestätigten, dass Personen mit niedrigem Humorlevel signifikant mehr Stress wahrgenommen haben und von Angst berichteten, als jene Personen mit einem hohen Level (Abel, 2003). Dass Sinn für Humor als Moderator zwischen Stress und Stimmung fungiert, zeigte sich auch in den Ergebnissen von Martin und Lefcourt (1983). Die Studie ergab einen signifikanten Moderatoreffekt in der Beziehung negativer Lebensereignisse und Beeinträchtigung der Stimmung. Je niedriger der Humorscore, umso stärker ist der Zusammenhang dieser zwei Variablen. Laut Autoren (Martin & Lefcourt, 1983) reduzierte ein Sinn für Humor die schädigende Wirkung stressreicher Erfahrungen. Diese Ergebnisse zeigten, dass Humor profitierend in Bezug auf Stress wirkt (Martin & Lefcourt, 1983).

Ebenso zeigte sich eine positive Wirkung von *Trait-Heiterkeit* (Ruch & Zweyer, 2001) auf den damit im Zusammenhang stehenden Stress, bei einschneidenden negativen Lebensereignissen. Es hat sich hierbei gezeigt, dass Personen mit einem hohen Wert der Charaktereigenschaft *heitere Gelassenheit* die positive Stimmung auch bei zunehmender Anzahl negativer Lebensereignisse nicht verloren haben, dies allerdings bei Personen mit niedrigen Werten betreffend *Trait-Heiterkeits* der Fall ist (Ruch & Zweyer, 2001). In Abbildung 4 ist dieser Zusammenhang grafisch dargestellt.

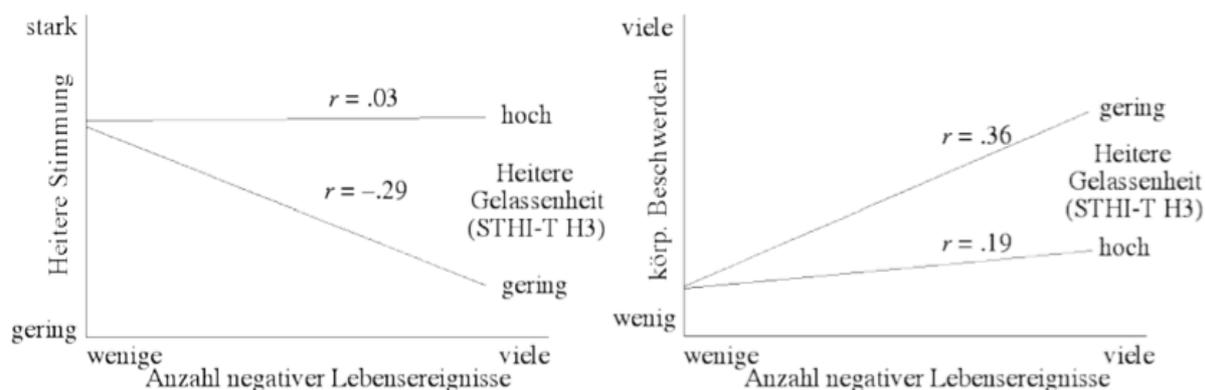


Abbildung 4. Zusammenhang von heiterer Gelassenheit und heiterer Stimmung bzw. körperlichen Beschwerden bei negativen Lebensereignissen (Ruch & Zwyer, 2001)

Des Weiteren ergaben Untersuchungen im Zusammenhang mit dem State-Trait-Heiterkeitsinventar (STHI), dass die Facette *heitere Gelassenheit* mit den positiven Stressbewältigungsstrategien hoch signifikant positive Korrelationen aufwies. Bei negativen Strategien zeigte sich diese Heiterkeitsfacette in einem negativen Zusammenhang (Ruch & Zwyer, 2001).

Humor als Bewältigungsstrategie macht es möglich, Erlebnisse und Erfahrungen aus einer anderen Perspektive zu betrachten (Martin, 2007). So können unangenehme oder angstausslösende Situationen kontrollierbarer und Stress reduziert werden (Kuiper et al., 1993).

Personen mit einem hohen Sinn für Humor stehen signifikant häufiger im Zusammenhang mit positiven Copingstrategien, wie Selbstdistanzierung vom vorhandenen Stressor, der Fähigkeit Gefühle und Handlungen besser zu regulieren sowie einem stärkeren Fokus auf die Problemlösung (Abel, 2002). Ein positiver Zusammenhang von gewissen Humorstilen mit persönlicher Bewältigung zeigte sich auch in der Untersuchung von Ho (2016).

In einer Studie von Brennan und Cardinali (2000) zeigte sich, dass vor allem neue soziale Copingstrategien in signifikant positivem Zusammenhang mit der Adaptierung eines Sehverlusts stehen. Der Schlüssel zum Erfolg, um mit einem Sehverlust im Alter umgehen zu können, ist laut den Autoren die psychische Anpassung. Ihre Studie hat ergeben, dass auf lange Sicht der Sehverlust am besten bewältigt wird, wenn neue Copingstrategien geschaffen werden. Personen, die neuen stressreichen Situationen ausgesetzt sind, wie zum Beispiel dem Verlust der Sehkraft und mit den üblichen Copingstrategien erfolglos sind, benötigen und entwickeln neue Bewältigungsmechanismen. Copingstrategien blinder Menschen

finden sowohl auf psychischer, behavioraler als auch sozialer Ebene Anwendung (Brennan, 2001).

In erster Linie entwickeln sich neue behaviorale Strategien, gefolgt von den psychischen. Die sozialen, auf welche das Individuum den geringsten Einfluss hat, sind am schwierigsten neu zu entwickeln (Brennan & Cardinali, 2000).

Personen, welche betreffend Copinghumor hohe Werte aufwiesen, wenden signifikant mehr Techniken im Bereich emotionaler Distanzierung an und zeigten einen höheren Gebrauch an konfrontierenden Bewältigungsstrategien (Kuiper et al., 1993).

Ein hohes Humorlevel hilft dabei, stressreiche Situationen über einen sehr direkten Weg zu bewältigen und sich den Gegebenheiten zu stellen (Kuiper et al., 1993). Zugleich haben diese Personen die Eigenschaft sich davon emotional zu entfernen und Distanz zu schaffen. Diese emotionale Distanz bietet einen guten Selbstschutz bei schwierigen Lebensereignissen (Kuiper et al., 1993).

Moran und Massam (1999) zeigten in ihrer Untersuchung, dass Copinghumor Auswirkungen auf die Stimmung hat und hohe Werte in diesem Bereich den Einfluss trauriger Stimuli auf eine negative Stimmungslage minimieren. Personen mit niedrigen Werten betreffend Copinghumor zeigten sich nach traurigen Einflüssen auch in einer negativeren Stimmungslage.

In der Studie von Lee und Brennan (2006) versuchten die meisten visuell eingeschränkten Personen ihre Schwierigkeiten durch persönliche Ressourcen zu bewältigen. Humor zeichnet sich schon im Jugendalter als Ressource ab und erweist sich als gute Strategie in unangenehmen und peinlichen Situationen (Wicki, 2000).

Wichtig beim Prozess der Anpassung einer Sehbeeinträchtigung ist der Glaube an die Unabhängigkeit sowie die Akzeptanz der Einschränkung. Ein starker Selbstwert (Lee & Brennan, 2006), sowie die soziale Unterstützung von Freunden (Brennan, 2001) beeinflusst diesen Prozess der Adaption positiv. Reinhardt (1996) konnte in seiner Studie zeigen, dass sehbeeinträchtigte Menschen, die zusätzlich zu einer stabilen Familienbeziehung auch gute Freundschaften in ihrem Leben hatten, eine höhere Lebenszufriedenheit aufwiesen, weniger depressive Symptome und eine bessere Anpassung im Hinblick auf den sensorischen Verlust zeigten. Ein negativer Austausch mit Freunden und Familie wirkte sich wiederum negativ auf diese Variablen aus (Reinhardt, 2001).

Der Ausbildungsstatus sowie der allgemeine Gesundheitszustand spielen ebenfalls eine Rolle im Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit, Depression sowie der Krankheitsanpassung sensorisch beeinträchtigter Menschen (Reinhardt, 1996). Studien von Ho (2016) untersuchten den Zusammenhang von Humor, Burnout und Selbstbewusstsein. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Humor im Zusammenhang mit Burnout eine positive Wirkung hat. Selbstbewusstsein und soziale Unterstützung wirkten innerhalb dieser Korrelation als Mediatoren. Diese Studie bestätigt, dass sich der Selbstwert durch Humor vorhersagen lässt (Ho, 2016). Auch Martin et al. (1993) berichten von einem positiven Zusammenhang zwischen Humor und Selbstbewusstsein.

Humor erhöht unser Wohlbefinden nicht nur aktiv, sondern lässt auch indirekt negative Emotionen ausbleiben (Hofmann & Ruch, 2015). Humor kann also als Filter angesehen werden, um Ängste, Zweifel, Ärger oder Verlegenheit gar nicht erst aufkommen zu lassen. Durch einen humorvollen Umgang mit Missgeschicken, Schwächen, Widrigkeiten oder Stressoren kann eine gewisse Distanz geschaffen werden, welche sich positiv auf unser Wohlbefinden auswirkt (Hofmann & Ruch, 2015).

### 3 Fragestellungen/Hypothesen

Im Zuge der Analyse vorliegender wissenschaftlicher Befunde ergeben sich Forschungslücken, welche im Rahmen dieser empirischen Arbeit gefüllt werden sollen. Im Zentrum der Studie steht der Einfluss von Humor und Heiterkeit auf blinde und hochgradig sehbehinderte Menschen. Folgende Fragestellungen werden untersucht:

#### 3.1 Primäre Fragestellungen

I: Besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Heiterkeitslevel blinder und hochgradig sehbehinderter Menschen und deren psychischem Wohlbefinden?

H1: Je höher das Heiterkeitslevel blinder und hochgradig sehbehinderter Menschen, umso höher ist deren psychisches Wohlbefinden.

II. Besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Humorlevel betreffend eigene Beeinträchtigung blinder und hochgradig sehbehinderter Personen und deren Krankheitsverarbeitung?

H1: Je höher das Humorlevel betreffend eigene Beeinträchtigung blinder und hochgradig sehbehinderter Personen, umso besser ist deren Krankheitsverarbeitung.

#### 3.2 Sekundäre Fragestellungen

I: Unterscheiden sich blinde und hochgradig sehbehinderte Personen, welche von Geburt an mit dieser Einschränkung leben, von jenen, die im Laufe des Lebens die Beeinträchtigung erworben haben, im Humorverhalten betreffend eigene Beeinträchtigung, Krankheitsverarbeitung, Heiterkeit beziehungsweise psychischem Wohlbefinden?

H1: Es gibt einen Unterschied im Humorverhalten betreffend eigene Beeinträchtigung, Krankheitsverarbeitung, Heiterkeit beziehungsweise psychisches Wohlbefinden zwischen blinden und hochgradig sehbehinderten Personen, welche von Geburt an mit dieser Einschränkung leben und jenen, die diese im Laufe ihres Lebens erworben haben.

## 4 Methode

In folgendem Abschnitt werden der Ablauf der Untersuchung, insbesondere die Durchführung, die Untersuchungsinstrumente, sowie die statistische Analyse näher beschrieben.

### 4.1 Studiendesign und Durchführung

Das Untersuchungsdesign der vorliegenden empirischen Arbeit entspricht einer Querschnittstudie, der eine Datenerhebung mittels Fragebogen zugrunde liegt. Der Fragebogen wurde mittels bereits bestehenden diagnostischen Verfahren, sowie einer selbstständig erarbeiteten Skala zusammengesetzt. Die verwendeten Instrumente zur Erhebung der Daten beziehen sich auf quantitative vollstrukturierte Antwortformate, sowie zwei offenen Fragen.

Die Erhebung startete im Oktober 2015 und ging bis einschließlich März 2016. Hierbei wurden die Untersuchungsteilnehmer/Untersuchungsteilnehmerinnen im Raum Österreich rekrutiert. Zur Teilnahme berechtigt waren jene Personen, welche die Voraussetzungen einer hochgradigen Sehbehinderung beziehungsweise Blindheit erfüllten und ein Mindestalter von 18 Jahren aufwiesen.

Der Zugang zu den Probanden/Probandinnen konnte anhand von Vereinen, wie dem Bundes Blinden- und Sehbehindertenverband Österreich, der Hilfsgemeinschaft blinder und hochgradig sehbeeinträchtigter Menschen, dem Massageinstitut Wien, Hilfsmittelfirmen, Ausschreibungen in Onlinezeitschriften für blinde und hochgradig sehbeeinträchtigte Menschen, sowie der persönlichen Kontaktaufnahme bei diversen Veranstaltungen und Vorträgen, die im Rahmen visueller Beeinträchtigung stattfanden, geschaffen werden. Im Zuge dessen wurde den verschiedenen Vereinen und Institutionen die Studie vorgestellt und zuständige leitende Kräfte darum gebeten, den Fragebogen an jene Personen weiterzuleiten, welche die Kriterien erfüllten und Interesse an einer freiwilligen Teilnahme zeigten. Es wurde ein Informationsblatt mit den wichtigsten Details betreffend Vorhaben der Untersuchung vorgefertigt, welches per Email ausgesendet wurde beziehungsweise mittels Onlinezeitschriften und Newslettern die gewünschte Zielgruppe erreichte.

Personen, die Interesse an einer Studienteilnahme zeigten, wurde der Fragebogen direkt weitergeleitet. Dieser wurde an die Bedürfnisse und Ansprüche der betreffenden Personen angepasst und entweder per Email (in unterschiedlichen Dokumenttypen) oder auf Papier zugestellt.

Um eine möglichst ehrliche Bearbeitung des Fragebogens zu erreichen, wurde darum gebeten, den Fragebogen selbstständig auszufüllen oder mit einer Person des Vertrauens (falls eine selbstständige Bearbeitung aufgrund der Schwere der Beeinträchtigung nicht möglich war). Der Großteil der teilnehmenden Personen konnte das Dokument (Sprachausgabe oder Vergrößerungssoftware) selbstständig am Computer erarbeiten.

Um Anonymität zu gewährleisten, wurde vom Blindenverband ein Büro zur Verfügung gestellt, in welchem die ausgefüllten Fragebögen in einem Kuvert abgegeben werden konnten beziehungsweise konnten auch jene Personen, die ihn per Email abgeben wollten, diesen von einer anderen Email-Adresse zurückschicken, um so die Nachvollziehbarkeit zu verzerren.

#### **4.2 Beschreibung der Messinstrumente/gemessene Variablen**

Um eine Beantwortung der Fragestellung zu ermöglichen, ist es notwendig die relevanten Variablen innerhalb geprüfter diagnostischer Verfahren zu erfassen. Es wurde ein 11-seitiger Fragebogen konzipiert, welcher bereits vorhandene psychologische Testinstrumente sowie eine selbst erarbeitete Skala beinhaltet und so die nötigen Parameter in statistisch vergleichbare Daten transformierte. Die demografischen Variablen Alter, Geschlecht, Beeinträchtigungsgrad (Hochgradige Sehbeeinträchtigung/Blindheit), Beeinträchtigungsbeginn (Geburt/Laufe des Lebens) sowie Auslöser der visuellen Einschränkung (Krankheit/Unfall durch Selbstverschulden/Unfall durch Fremdverschulden/Sonstiges) wurden zu Beginn des Fragebogens eingefügt. Hierbei konnte die Antwort aus einer der vorgegeben Kategorien gewählt werden beziehungsweise wurde das derzeitige Alter der Testperson und das Beeinträchtigungseintrittsalter als Zahl erfragt. Die für die Forschungsfragen notwendigen abhängige Variablen *Heiterkeit*, *psychisches Wohlbefinden* sowie *Krankheitsverarbeitung* wurden mittels wissenschaftlich fundierter, vollstrukturierter psychologischer Fragebögen ermittelt. Es handelt sich dabei um Verfahren, die bereits in der Forschung ihre Anwendung hatten.

Zur Erfassung des Parameters *Beeinträchtigungshumor* wurde selbstständig eine Skala entwickelt. Die Testinstrumente dieser Variablen werden im Folgenden näher ausgeführt.

#### 4.2.1 Witzliste.

Um die Variable *Humor betreffend eigene Beeinträchtigung* (Beeinträchtigungshumor, HB) quantitativ darstellen zu können wurde der Fragebogenbatterie eine eigens entwickelte Liste von Witzen hinzugefügt. Insgesamt sind 12 Witze auf einer Skala von 1 bis 5 (nach Grad der Lustigkeit) zu bewerten. Die Bewertung ergibt sich ähnlich dem Schulnotensystem: 1 = *sehr lustig*; 2 = *lustig*; 3 = *etwas lustig*; 4 = *wenig lustig*; 5 = *gar nicht lustig*.

Die eine Hälfte dieser Witze ist zufällig und unabhängig von Thematik und die andere Hälfte bezieht sich auf Witze, die Blindheit in den Mittelpunkt ihrer Pointe setzen. Dieses Verfahren soll Einblick darüber geben, ob die betroffene Testperson über ihr eigenes Schicksal lachen kann oder diese Art von Humor ablehnt.

Beispiel aus der Kategorie Witze allgemein:

***Was ist ein Frosch ohne Schenkel?***

Pointe: Langsam

Beispiel aus der Kategorie Blindenwitze:

***Wie macht man einen Blinden klaustrophobisch (Platzangst)?***

Pointe: Man steckt seinen Stock in einen Kübel.

Für die statistische Auswertung dieser Liste wurden drei separate Skalen gebildet, innerhalb welcher Mittelwerte errechnet wurden. Einer für den allgemeinen Humor (AH = alle 12 Witze), einen für den Humor betreffend eigene Beeinträchtigung (HB = sechs Blindenwitze), und einen für den isolierten Humor (IH = sechs Witze ohne Blindenthematik).

#### 4.2.2 Psychological Well-Being Scales (PWBS; Stöger, 2006).

Ryff (1989) entwickelte eine Skala zur Erhebung des *psychischen Wohlbefindens*. Dieser sogenannte *Psychological Well-Being Scales* (PWBS) liegen sechs Komponenten des psychischen Wohlbefindens zugrunde: *Autonomie, persönliches Wachstum, Umweltbewältigung, positive Beziehungen, Sinn im Leben* und *Selbstakzeptanz*. Diese sechs Unterkategorien sind als Subskalen mit jeweils gleich vielen Items im Fragebogen vereint.

Das Inventar existiert in drei verschiedenen Ausführungen. Die längste Version entspricht einer Itemanzahl von 84, die mittlere Version besteht aus 54 Items und die kürzeste Version aus 18 Items.

Um die Zumutbarkeit gewährleisten zu können, wurde aufgrund der bereits vorhandenen Bearbeitungszeit des Fragebogens, die kurze Version mit 18 Items verwendet (drei Items pro Subskala). Zu bewerten sind Aussagen auf einer sechsstufigen Likert-Skala: 1 = *lehne entschieden ab*; 2 = *lehne ziemlich ab*; 3 = *lehne ein wenig ab*; 4 = *stimme ein wenig zu*; 5 = *stimme ziemlich zu*; 6 = *stimme entschieden zu*.

Die deutsche Übersetzung dieses Verfahrens liegt von Stöger (2006) vor.

Beispielitem:

7. Ich habe Vertrauen in meine eigene Meinung, sogar wenn sie im Widerspruch zur allgemeinen Meinung steht. (Selbstakzeptanz)

In Bezugnahme auf die lange Version des Verfahrens (in englisch) ergibt sich für die Subskalen ein Cronbach's  $\alpha$  zwischen .83 (Autonomie) und .91 (Selbstakzeptanz) (Ryff, o.D.).

#### **4.2.3 State-Trait-Heiterkeitsinventar (STHI-T 60; Ruch et al., 1996).**

Basierend auf dem State-Trait-Heiterkeitsmodell (vgl. dazu Kapitel 2.3.9) entwickelten die Autoren Ruch et al. (1996) ein Inventar zur Erhebung des Heiterkeitslevels (STHI-T 60), welches in der psychologischen Humorforschung großen Zuspruch und häufig Anwendung findet.

Da sich dieses vollstrukturierte Testinstrument auf die temperamentale Basis von Humor stützt und das überdauernde Persönlichkeitsmerkmal *Heiterkeit* erfasst, ist es für die vorliegende Fragestellung ein passendes Verfahren. Insgesamt besteht das diagnostische Instrument, innerhalb welchem drei verschiedene Komponenten erfasst werden, aus 60 Items. Diese drei Faktoren: *Ernst* (E), *schlechte Laune* (SL) und *Heiterkeit* (H), beziehen sich auf jeweils 20 Items, welche auf einer vierstufigen Likert-Skala zu bewerten sind: 1 = *trifft gar nicht zu*; 2 = *trifft eher nicht zu*; 3 = *trifft etwas zu*; 4 = *trifft sehr zu*.

Beispiele der zu bewertenden Aussagen der unterschiedlichen Subskalen:

*Ernst:*

49. Auch unter fröhlichen Menschen versuche ich eher, ein vernünftiges, sachliches Gespräch zu führen, als mich an den Späßen der anderen zu beteiligen.

*Schlechte Laune:*

42. Ich denke oft: "Mensch, laßt mich heute bloß in Ruhe!"

*Heiterkeit:*

50. Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.

Um nur einen Wert für jede der drei Subskalen zu erhalten, wird für die Auswertung das arithmetische Mittel aus dem Summenscore der jeweils 20 Items gebildet. Diese Vorgehensweise steht mit dem angegebenen Bewertungssystem im Einklang.

Eine Umpolung einzelner Items muss im Vorfeld dem Testmanual entnommen und durchgeführt werden. Es erwies sich in der Studie von Ruch und Zweyer (2001), dass die deutsche Version des STHI-T 60 mit Reliabilitätswerten über .88 als sehr stabiles Verfahren eingestuft werden kann. Die gesamten Werte dieser Untersuchung sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2

*Psychometrische Kennwerte der Subskalen des STHI-T 60 aus Ruch und Zweyer (2001)*

<b>STHI-T 60 Subskalen</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b><i>Md rit</i></b>	<b><i>k</i></b>	<b><i>N</i></b>
Heiterkeit	.93	.84	20	600
Ernst	.88	.86	20	600
Schlechte Laune	.94	.77	20	600

*STHI-T 60 = State-Trait-Heiterkeitsinventar (60 Items)*

#### 4.2.4 Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK; Franke, 1997).

Um die Krankheitsverarbeitung zu erheben, hat sich der Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Franke, 1997) als passend herausgestellt. Dieses Verfahren setzt sich aus neun Verarbeitungskategorien (zu je fünf Items) zusammen. Das Konstrukt Krankheitsverarbeitung wird von der Testautorin in folgende Untergruppen unterteilt:

- *Handelndes problemorientiertes Lösen* (HPL)
- *Abstand und Selbstaufbau* (ASA)
- *Informationssuche und Erfahrungsaustausch* (IEA)
- *Bagatellisierung, Wunschenken, Bedrohungsabwehr* (BWB)
- *Depressive Verarbeitung* (DV)
- *Gut Hilfe annehmen können* (HAK)
- *Aktive Suche nach sozialer Einbindung* (ASSE)
- *Vertrauen in die ärztliche Kunst* (VÄK)
- *Erarbeiten eines inneren Halts* (EIH)

Insgesamt ergeben sich daraus 45 Aussagen, die auf einer Skala von 0 bis 4 zu bewerten sind: 0 = *überhaupt nicht*; 1 = *ein wenig*; 2 = *ziemlich*; 3 = *stark*; 4 = *sehr stark*.

Beispielitems:

11. Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt zur Natur (EIH)
38. Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf (ASSE)

Bei der Überprüfung des Testinstruments beziehungsweise der Evaluation psychometrischer Daten des EFK von Franke, Mähner, Reimer, Spangemacher und Esser (2000), zeigte sich bei einer Stichprobe von 210 sehbeeinträchtigten PatientInnen Reliabilitäten der Subskalen zwischen  $\alpha = .65$  und  $\alpha = .85$ . Diese Werte sprechen für eine gute Qualität des Verfahrens innerhalb der Population sehbeeinträchtigter Personen und eine Verwendung betreffend die vorliegende

Untersuchung erweist sich als passend. In Tabelle 3 können die gesamten Reliabilitätswerte des EFK eingesehen werden.

Tabelle 3

*Psychometrische Kennwerte der Subskalen des EFK aus Franke et al. (2000)*

<b>Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b><math>k</math></b>	<b><math>N</math></b>
<b>Subskalen</b>			
Handelndes problemorientiertes Lösen	.85	5	210
Abstand und Selbstaufbau	.75	5	210
Informationssuche und Erfahrungsaustausch	.83	5	210
Bagatellisierung, Wunschdenken, Bedrohungsabwehr	.71	5	210
Depressive Verarbeitung	.71	5	210
Gut Hilfe annehmen können	.67	5	210
Aktive Suche nach sozialer Einbindung	.80	5	210
Vertrauen in die ärztliche Kunst	.71	5	210
Erarbeiten eines inneren Halts	.65	5	210

Die Aufteilung des Fragebogens gliedert sich wie eben angeordnet. Zu Beginn die Fragen betreffend Person und Beeinträchtigung, gefolgt von der Witzliste, PWBS, STHI-T 60, EFK und abschließend wurde noch eine Liste soziodemografischer Daten angehängt. Hierbei wurden folgende Daten ermittelt: höchster abgeschlossener Schulabschluss, Familienstand, Berufsgruppe, Einwohnerzahl der Wohngemeinde sowie Haushalt (allein lebend/mit Partner oder Familie lebend). Insgesamt hatte der Fragebogen 11 Seiten und eine Bearbeitungsdauer von ca. 30 bis 40 Minuten.

### 4.3 Statistische Analyse

Für die Datenanalyse und Auswertung wurde ausschließlich die Statistiksoftware „Statistical Package for the Social Science (SPSS), IBM Version 23“ herangezogen.

Bezüglich Deskriptivstatistik wurden für die kategorialen Variablen Geschlecht, Beeinträchtigungsgrad, Beeinträchtigungsbeginn sowie Auslöser der visuellen Einschränkung absolute und relative Häufigkeiten gebildet, sowie grafische Darstellungen, wie Histogramme erstellt. Die metrischen Variablen (Alter der Testperson und Beeinträchtigungseintrittsalter) wurden anhand von Mittelwerten und Standardabweichungen quantifiziert.

Die Auswertungen der psychologisch-diagnostischen Instrumente wurden anhand (wie in den dazugehörigen Testmanualen angegeben) standardisierten Methoden vorgenommen. Zur Überprüfung der a priori aufgestellten Hypothesen

kamen weitere statistische Verfahren zum Einsatz. Die Hypothesenprüfung wurde einseitig (Zusammenhangshypothesen) wie auch zweiseitig (Unterschiedshypothesen) vorgenommen. Innerhalb der vorliegenden Studie wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% gewählt, sprich das Alpha-Niveau liegt bei  $p = .05$ . Statistisch signifikant (Effekt ist vorhanden und Alternativhypothese kann angenommen werden) ist somit ein  $p$ -Wert  $\leq .05$  (Bortz & Döring, 2006).

In die Auswertung konnten nur jene Personen miteinfließen, welche 80% der vorgelegten Fragen beantwortet haben (je nach Fragestellung notwendige Skalen).

#### **4.3.1 Produkt-Moment-Korrelation.**

Zur Auswertung der zwei Zusammenhangshypothesen wurde die Produkt-Moment-Korrelation als statistisches Verfahren gewählt. Dieses bietet die Möglichkeit den linearen Zusammenhang zweier Variablen durch den Korrelationskoeffizienten  $r$  quantifiziert auszudrücken (Bortz & Schuster, 2010). Voraussetzungen für die Anwendung dieser statistischen Methode sind ein linearer Zusammenhang der zwei Variablen, Normalverteilung der zwei Variablen, quantitative Merkmale sowie Unabhängigkeit der Beobachtungseinheiten (Weiß, 2013).

Der Bereich des Korrelationskoeffizienten liegt zwischen +1 (perfekter positiver Zusammenhang) und -1 (perfekter negativer Zusammenhang) (Bortz & Schuster, 2010). Die Interpretation der Einheit  $r$  wird üblicherweise in drei Kategorien eingeteilt. Ein geringer Effekt liegt vor bei  $r = \pm .1 - \pm .3$ , ein mittlerer Effekt bei  $r = \pm .3 - \pm .5$  und ein Korrelationskoeffizient von  $\geq +.5$  beziehungsweise  $\leq -.5$  kann als starker Effekt angesehen werden (Field, 2009).

Um von einem linearen Zusammenhang ausgehen zu können, wurden im Vorfeld Streudiagramme erstellt.

#### **4.3.2 $t$ -Test für unabhängige Stichproben.**

Um die Unterschiedshypothesen zu prüfen, wurde der  $t$ -Test für unabhängige Stichproben herangezogen. Dieses Analyseverfahren dient dem Vergleich zweier Mittelwerte unterschiedlicher Stichproben (Bortz & Schuster, 2010). In dieser Arbeit betrifft es den Vergleich der Gruppen geburtsbeeinträchtigter Personen und jener, die im Laufe des Lebens die Einschränkung erworben haben beziehungsweise der Gruppe hochgradig sehbeeinträchtigter Personen und blinder Personen, in Anbetracht der erhobenen Variablen.

Die Verwendung des  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben unterliegt drei Voraussetzungen. Es muss sich um unabhängige Stichproben handeln, die Varianzen dieser zwei Populationen müssen Homogenität aufweisen und das untersuchte Merkmal muss in den zwei zu vergleichenden Gruppen normalverteilt sein (Bortz & Schuster, 2010).

Kubinger, Rasch und Moder (2009) berichten, dass der  $t$ -Test als robustes Verfahren gegenüber Verletzungen der Voraussetzungen gilt und die Prüfung auf Normalverteilung der Merkmale, ab einer Stichprobengröße von  $n_1$  beziehungsweise  $n_2 \geq 30$  keine Relevanz mehr zukommt. Im Fall der vorliegenden Studie ist diese Stichprobengröße gegeben und nicht normalverteilte Variablen können daher für die statistische Analyse verwendet werden.

Zur Prüfung der Varianzhomogenität wurde der Levene-Test herangezogen. Bei einem signifikanten Ergebnis wird als Alternative zum  $t$ -Test der Welch-Test vorgeschlagen (Bortz & Schuster, 2010), welcher auch in der vorliegenden Untersuchung zum Einsatz kam.

#### **4.3.3 Zweifaktorielle Varianzanalyse.**

Für eine genauere Betrachtung der sekundären Unterschiedshypothese wurde in Folge des  $t$ -Tests eine zweifaktorielle Varianzanalyse angewendet. Diese bietet die Möglichkeit den Einfluss zwei unabhängiger Variablen (Faktoren) auf eine abhängige Variable statistisch darzulegen. Des Weiteren können dadurch Effekte, die aus den gruppeninternen Kombinationen entstehen, sichtbar werden (Bortz & Schuster, 2010).

In der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um die zwei Faktoren Beeinträchtigungsgrad und Beeinträchtigungsbeginn, welche in Kombination vier Gruppen ergeben (hochgradig sehbeeinträchtigt von Geburt, blind von Geburt, hochgradig sehbeeinträchtigt im Laufe des Lebens, blind im Laufe des Lebens).

Die Voraussetzungen für die Anwendung dieses Verfahrens sind das Vorliegen normalverteilter Daten in den Gruppen sowie Homogenität der Varianzen (Bortz & Schuster, 2010). Ausgegangen werden kann bei Varianzanalysen davon, dass bei gleich besetzten Zellen, das Verfahren gegenüber Verletzungen der Voraussetzungen sehr robust ist (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006).

Im Falle der vorliegenden Studie kann von einer Gleichverteilung innerhalb der verschiedenen Gruppen ausgegangen werden. Dies wird im anschließenden Kapitel näher betrachtet.

## 5 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Untersuchung sowohl deskriptiv als auch inferenz-statistisch dargestellt. Zunächst werden die Daten deskriptiv aufbereitet und dann wird auf vorbereitende Maßnahmen (Ausschluss von Störvariablen, Reliabilitätsanalysen der verwendeten Verfahren, Datenprüfung auf Normalverteilung) innerhalb vorliegender Stichprobe näher eingegangen.

### 5.1 Stichprobenbeschreibung

Wie bereits erwähnt, war das Vorliegen einer hochgradigen Sehbeeinträchtigung beziehungsweise Blindheit Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie. Der Fragebogen wurde von den teilnehmenden Personen unter Bekanntgabe der Forschungsabsicht freiwillig ausgefüllt.

Die Differenzierung der Stichprobe erfolgte aufgrund des Beeinträchtigungsgrades (Blindheit/hochgradige Sehbeeinträchtigung), sowie des Zeitpunktes des Beginns der visuellen Einschränkung (Geburt/Laufe des Lebens). Anhand dieser Merkmale kam die Klassifikation der Testpersonen in einer der vier relevanten Gruppen zu Stande:

1. HSG: hochgradig sehbeeinträchtigt von Geburt
2. BG: blind von Geburt
3. HLL: hochgradig sehbeeinträchtigt im Laufe des Lebens
4. BLL: blind im Laufe des Lebens

Die Gesamtstichprobe ergab am Ende der Erhebung eine Teilnehmeranzahl/Teilnehmerinnenanzahl von  $N = 83$  Personen, bestehend aus  $n = 18$  HSG Probanden/Probandinnen,  $n = 22$  BG Probanden/Probandinnen,  $n = 17$  HLL Personen und  $n = 26$  BLL Personen. So gaben  $n = 35$  Personen eine hochgradige Sehbeeinträchtigung und  $n = 48$  Personen Blindheit als Einschränkung an. Von Geburt an visuell beeinträchtigt waren  $n = 40$  dieser  $N = 83$  Probanden/Probandinnen und  $n = 43$  Personen bekamen im Laufe ihres Lebens die sensorische Einschränkung. In Tabelle 4 sind diese Zahlen gesamt sowie geschlechterspezifisch dargestellt. Das Geschlecht betreffend zeigt sich eine Verteilung mit  $n = 44$  männlichen teilnehmenden Personen und  $n = 38$  weiblichen Probanden/Probandinnen. Eine Person gab beim Fragebogen kein Geschlecht an, somit ergibt sich eine Gesamtstichprobe für das Geschlecht von  $N = 82$  Personen. Unter den weiblichen Probanden/Probandinnen waren  $n = 25$  Personen von Blindheit

betroffen und  $n = 13$  Personen von einer hochgradigen Sehbeeinträchtigung. Innerhalb der männlichen Studienteilnehmer waren sowohl in der Gruppe der hochgradigen Sehbeeinträchtigung, wie auch in der Gruppe von Blindheit  $n = 22$  Personen. In Tabelle 4 sind diese absoluten Häufigkeiten anschaulich dargestellt und die Werte innerhalb der Gruppen betreffend Geschlecht können daraus entnommen werden.

Tabelle 4

*Absolute Häufigkeiten der Stichprobe innerhalb der verschiedenen Gruppen (Beeinträchtigungsgrad/Beeinträchtigungsbeginn); gesamt und geschlechtsspezifisch*

	<b>B</b>	<b>HS</b>	<b>G</b>	<b>LL</b>	<b>BG</b>	<b>HSG</b>	<b>BLL</b>	<b>HSLL</b>
Gesamt ( $N = 83$ )	48	35	40	43	22	18	26	17
Geschlecht weiblich ( $N = 82$ ; $n = 38$ )	25	13	21	17	14	7	11	6
Geschlecht männlich ( $N = 82$ ; $n = 44$ )	22	22	19	25	8	11	14	11

*B = blind, HS = hochgradige Sehbehinderung, G = Geburtsbeeinträchtigung, LL = im Laufe des Lebens erworbene Beeinträchtigung, BG = blind von Geburt, HSG = hochgradig sehbehindert von Geburt, BLL = blind im Laufe des Lebens, HSLL = hochgradig sehbehindert im Laufe des Lebens*

Ebenso wurden die vier Gruppen (HSG, BG, HSLL, BLL) auf Gleichverteilung untersucht.

In der Gesamtstichprobe konnte aufgrund eines nicht signifikanten Ergebnisses im Chi-Quadrat Test ( $p = .61$ ) eine Gleichverteilung innerhalb der vier Gruppen angenommen werden. In Abbildung 5 sind die relativen Häufigkeiten dieser vier Gruppen anschaulich dargestellt.

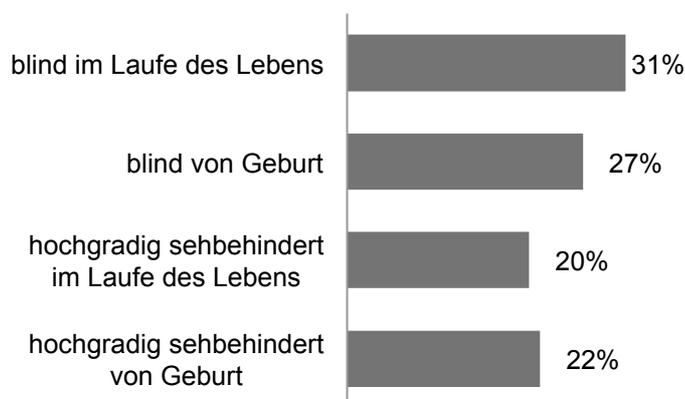


Abbildung 5. Relative Häufigkeiten der Stichprobe in den vier Untergruppen

Die Altersspanne der vorliegenden Stichprobe  $N = 80$ , erstreckt sich von 18 bis 75 Jahren (drei Personen gaben kein Alter an). Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe liegt bei  $M = 42.25$  Jahren,  $SD = 14.33$ . Die Dauer der Beeinträchtigung (erhoben anhand der Jahre, die sie schon an der Beeinträchtigung leiden) ergab bei einer Gesamtanzahl von  $N = 80$  Personen einen Mittelwert von  $M = 34.41$  Jahren;  $SD = 15.94$ . In Tabelle 5 sind das Durchschnittsalter sowie die durchschnittliche Beeinträchtigungsdauer innerhalb der verschiedenen Gruppen aufgelistet.

Tabelle 5

*Demografische Auflistung des Alters der Stichprobe bzw, deren Beeinträchtigungsdauer (angegeben im Jahren: Mittelwert/Standardabweichung)*

	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Alter	80	42.25	14.33
Dauer der Beeinträchtigung; Gesamt	80	34.41	15.94
Dauer der Beeinträchtigung; blind	48	34.54	15.95
Dauer der Beeinträchtigung; hochgradig sehbeeinträchtigt	32	34.22	16.17
Dauer der Beeinträchtigung; Geburt	38	41.87	13.76
Dauer der Beeinträchtigung; Laufe des Lebens	42	27.67	14.84

Miterhoben wurde der Auslöser beziehungsweise Grund der sensorischen Beeinträchtigung, welcher zu einer der vier verschiedenen Kategorien (Krankheit; Unfall durch Selbstverschulden; Unfall durch Fremdverschulden; Sonstiges) zugeordnet wurde und in Tabelle 6 einzusehen ist.

Betreffend vorliegende Stichprobe zeigte sich bei  $N = 75$  Personen (fehlender Wert bei acht Personen), als Beeinträchtigungsauslöser bei  $n = 39$  Krankheit;  $n = 3$  Unfall durch Selbstverschulden;  $n = 4$  Unfall durch Fremdverschulden;  $n = 29$  Sonstiges (z.B. keine Sehnerventwicklung).

Tabelle 6

*Absolute Häufigkeiten des Auslösers der visuellen Einschränkung*

<b>Auslöser (N = 75)</b>	<b>n</b>
Krankheit	39
Unfall durch Selbstverschulden	3
Unfall durch Fremdverschulden	4
Sonstiges	29

## 5.2 Störvariablen

Um für die gesamten Berechnungen und Beantwortungen der Fragestellungen das Geschlecht und das Lebensalter als Störvariable ausschließen zu können, wurden zu Beginn der deskriptiven Datenanalyse diese zwei Variablen in den relevanten vier Gruppen näher beleuchtet.

### 5.2.1 Geschlecht.

Bei einer Unterteilung der Stichprobe betreffend Geschlecht, zeigt sich ebenfalls eine Gleichverteilung in den vier Gruppen. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen kommt es zu einem nicht signifikanten Wert im Chi-Quadrat Test  $p = .36$  (männlich);  $p = .90$  (weiblich). Die Variable *Geschlecht*, kann somit als Störvariable ausgeschlossen werden. In Abbildung 6 sind die geschlechtsspezifischen relativen und absoluten Häufigkeiten der vier Gruppen grafisch dargestellt.

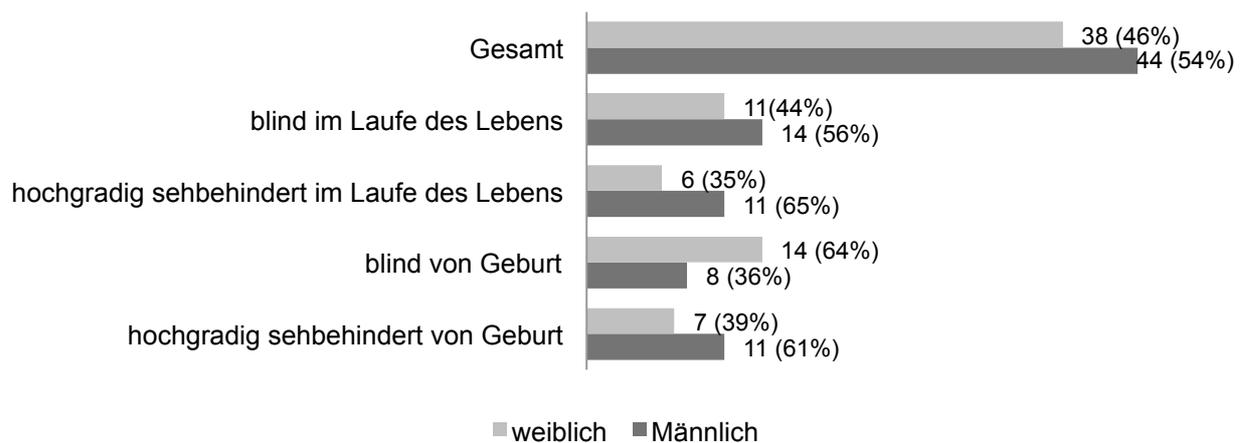


Abbildung 6. Absolute und relative Häufigkeiten der Gesamtstichprobe und den vier Gruppen (geschlechtsspezifisch)

### 5.2.2 Lebensalter.

Das durchschnittliche Lebensalter innerhalb der vier Gruppen weist eine Gleichverteilung auf und muss für weitere Berechnungen nicht weiter als Störvariable berücksichtigt werden. In Abbildung 7 ist das Durchschnittsalter (gemessen in Jahren) in den unterschiedlichen Gruppen anschaulich aufgelistet.

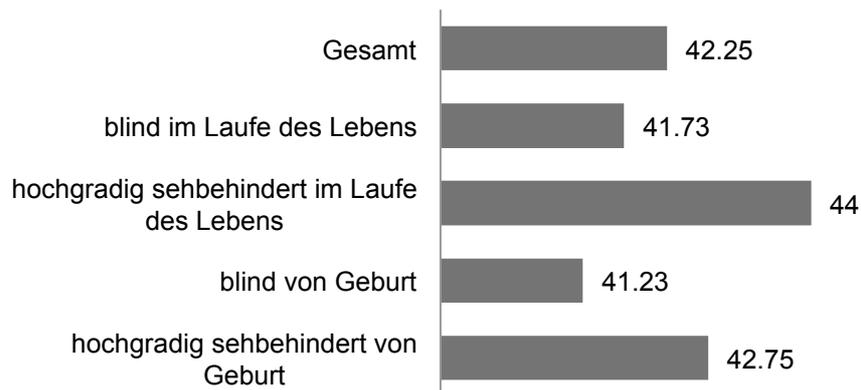


Abbildung 7. Durchschnittliches Lebensalter in Jahren

### 5.3 Reliabilitätsanalyse

Bevor die Daten referenz-statistisch analysiert wurden, wurde jedes der verwendeten Verfahren einer Reliabilitätsanalyse unterzogen, um so die angemessene Verwendung dieser Instrumente in der statistischen Auswertung gewährleisten zu können.

Als Kennwerte werden hierfür die Trennschärfen der Items (wie gut lässt sich das Ergebnis einer Skala anhand eines einzelnen Items vorhersagen) sowie die interne Konsistenz einer Skala (wie sehr die einzelnen Items miteinander in Beziehung stehen) mittels Cronbach's  $\alpha$  herangezogen (Bortz & Döring, 2006). Notwendig für eine Verwendung der Testinstrumente sind Trennschärfenwerte  $\geq .3$  und ein Cronbach's  $\alpha \geq .6$  (Field, 2009).

### 5.3.1 Witzliste.

Betreffend Witzliste ist sowohl allgemein als auch in der Unterteilung in die Kategorie der Blindenwitze beziehungsweise Witze ohne Blindenthematik ein Cronbach's  $\alpha \geq .66$  sowie Trennschärfenwerte, die für eine statistische Verwendung dieser Skala innerhalb der Stichprobe stehen, errechnet worden. Genaue Werte aller drei Witzkategorien sind Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7

*Kennwerte der Reliabilitätsanalyse der Witzliste*

<b>Witzliste</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b><i>Md rit</i></b>	<b><i>k</i></b>	<b><i>N</i></b>
Allgemein	.84	.52	12	78
Witze betreffend Beeinträchtigung	.81	.57	6	80
Witze ohne Blindenwitze	.66	.36	6	79

### 5.3.2 Psychological Well-Being Scales (PWBS).

Da sich das Cronbach's  $\alpha$  beziehungsweise die Trennschärfen zwischen den Items bei der Reliabilitätsanalyse dieses Inventares bezüglich der Subskalen als zu niedrig erwiesen, wurde überprüft, ob das Cronbach's  $\alpha$  im Falle eines Gesamtscores die Voraussetzungen erfüllt.

Innerhalb vorliegender Stichprobe ( $N = 79$ ) zeigte sich für die Gesamtskala (18 Items) ein Cronbach's  $\alpha$  von .72 und kein Trennschärfenwert unter .3. Aufgrund dessen wurde für die weitere statistische Berechnung auf Unterkategorien dieses Konstrukts verzichtet und das *psychische Wohlbefinden* als Gesamtvariable verwendet.

### 5.3.3 State-Trait-Heiterkeitsinventar (STHI-T 60).

Auch dieses Verfahren lässt sich anhand psychometrischer Kennwerte der Reliabilitätsanalyse zur Verwendung weiterer statistischer Berechnungen heranziehen. In Tabelle 8 können die Kennwerte der verschiedenen Skalen entnommen werden.

Das Cronbach's  $\alpha$  der drei Subskalen weist Werte über  $\alpha \geq .78$  und Trennschärfen im Bereich von .35 bis .65 auf.

Tabelle 8

*Kennwerte der Reliabilitätsanalyse der Subskalen des State-Trait-Heiterkeitsinventars (STHI-T 60)*

<b>STHI-T 60 Subskalen</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b><i>Md rit</i></b>	<b><i>k</i></b>	<b><i>N</i></b>
Heiterkeit	.92	.60	20	79
Ernst	.78	.35	20	76
Schlechte Laune	.94	.65	20	76

### 5.3.4 Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK).

Dieser ergab bei vier der neun Subskalen zu niedrige Trennschärfenwerte, so dass das Eliminieren des schwächsten Items für die vorausgesetzten Reliabilitätswerte notwendig war.

Dies bedeutet, dass für die Auswertung dieser vier Subskalen (*handelndes problemorientiertes Lösen, Abstand und Selbstaufbau, gut Hilfe annehmen können* sowie *Vertrauen in die ärztliche Kunst*) nur vier der fünf vorgesehenen Items in die Berechnung miteinbezogen wurden. Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse der unterschiedlichen Subskalen.

Bei der Verarbeitungskategorie *Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr* zeigte sich ein zu geringes Cronbach's  $\alpha$ , sowie zu niedrige Trennschärfenwerte. Selbst bei Ausschluss des schwächsten Items konnten die Voraussetzungen nicht erreicht werden. Diese Subskala wurde für die Auswertung nicht weiter verwendet.

Innerhalb der acht verwendeten Subskalen wurde für die statistische Ergebnisanalyse der Mittelwert aus den fünf beziehungsweise vier Items gebildet.

Tabelle 9

*Statistische Kennwerte der Reliabilitätsanalyse des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK)*

<b>Subskalen EFK</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b><i>Md rit</i></b>	<b><i>k</i></b>	<b><i>N</i></b>
Handelndes problemorientiertes Lösen	.67	.49	4	76
Abstand und Selbstaufbau	.60	.38	4	80
Informationssuche und Erfahrungsaustausch	.72	.56	5	80
Depressive Verarbeitung	.75	.53	5	76
Gut Hilfe annehmen können	.68	.47	4	80
Aktive Suche nach sozialer Einbindung	.75	.59	5	79
Vertrauen in die ärztliche Kunst	.68	.57	4	79
Erarbeiten eines inneren Halts	.64	.42	5	78

#### **5.4 Prüfung auf Normalverteilung**

Für die Verwendung der bereits erwähnten statistischen Methoden (Pearson Korrelation, *t*-Test für unabhängige Stichproben, zweifaktorielle Varianzanalyse) zur Beantwortung der Fragestellungen, muss die Voraussetzung einer Normalverteilung in den unterschiedlichen Variablen bezüglich vorliegender Stichprobengruppen geprüft werden. Als geeignetes Maß hierfür stellt sich die Schiefe heraus (Weiß, 2013). Diese muss in einem Wertebereich von -1 und 1 liegen, um eine Normalverteilung annehmen zu können (Field, 2009). In Tabelle 10 sind die Werte der Schiefe für die unterschiedlichen Skalen (aufgeteilt in den vier Untergruppen) aufgelistet.

In der Analyse der Schiefe zeigten sich bei einzelnen Subskalen Werte unter -1 beziehungsweise über 1. Da jedoch eine Gleichverteilung in den Gruppen festgestellt werden konnte und alle Skalen intervallskaliert sind, lassen sich die gewählten statistischen Methoden verwenden. Ein weiterer Grund hierfür ist, dass statistische Methoden innerhalb einer Analyse nicht gemischt werden sollen.

Tabelle 10

*Prüfung auf NV: Werte der Schiefe in den unterschiedlichen Subskalen*

	HS	B	G	LL	HSG	BG	HSLL	BLL
<b>Witzliste</b>								
- Humor betreffend Beeinträchtigung	-0.52	.11	.58	-.17	1.04	.31	.13	-.10
<b>State-Trait- Heiterkeitsinventar</b>								
- Heiterkeit	-1.31	-.61	-1.09	-1.03	-1.55	-.36	-1.04	-.92
- Ernst	-.06	-.02	-.25	-.23	-.06	-.42	-.01	.40
- Schlechte Laune	1.70	1.01	1.41	1.61	2.17	.69	1.3	.75
<b>Psychological Well-Being Scales</b>								
	-.12	-.94	-.75	-.51	-.03	-.81	-.18	-.83
<b>Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung</b>								
- Handelndes problemorientiertes Lösen	-.37	-.62	-.59	-.60	-.67	-.64	-.12	-.91
- Abstand und Selbstaufbau	-.08	-.39	-.39	-.16	.01	-.68	-.19	-.16
- Informationssuche und Erfahrungsaustausch	.49	.83	.80	.61	.72	.58	.34	.86
- Depressive Verarbeitung	1.55	.90	.83	1.50	1.01	.54	1.92	1.03
- Gut Hilfe annehmen können	-.18	-.19	-.35	-.31	.02	-.38	-.40	-.02
- Aktive Suche nach sozialer Einbindung	.05	-.60	.21	-.70	.54	-.06	-.35	-1.01
- Vertrauen in die ärztliche Kunst	-.38	-.42	-.37	-.38	-.16	-.61	-.48	-.36
- Erarbeiten eines inneren Halts	-.27	.02	-.33	-.18	-.15	-.16	-.15	-.22

*HS = hochgradige Sehbehinderung, B = blind, G = Geburtsbeeinträchtigung, LL = im Laufe des Lebens erworbene Beeinträchtigung, HSG = hochgradig sehbehindert von Geburt, BG = blind von Geburt, HSLL = hochgradig sehbehindert im Laufe des Lebens, BLL = blind im Laufe des Lebens*

## 5.5 Beantwortung der primären Fragestellungen

I: Besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Heiterkeitslevel blinder und hochgradig sehbehinderter Menschen und deren psychischem Wohlbefinden?

Der Zusammenhang bezüglich *Heiterkeit* und *psychischem Wohlbefinden* wurde mittels der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson (siehe Kapitel 4.3.1) berechnet. Die einseitige Testung ergab kein signifikantes Ergebnis.

Ein geringer positiver Zusammenhang betreffend *psychisches Wohlbefinden* und *Heiterkeitslevel* konnte in den Gruppen BG und BLL festgestellt werden. Die Gruppe HSG wies einen geringen negativen Zusammenhang mit der PWBS auf. Keines dieser Ergebnisse konnte Signifikanz aufweisen. In der Gesamtstichprobe, sowie den vier Subgruppen der Stichprobe zeigten die statistischen Ergebnisse keine Zusammenhänge dieser zwei Variablen auf. In Tabelle 11 können die genauen Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation eingesehen werden.

Tabelle 11

*Korrelationskoeffizienten Heiterkeit/psychisches Wohlbefinden*

	<b>Gesamt</b>	<b>HS</b>	<b>B</b>	<b>G</b>	<b>LL</b>	<b>HSG</b>	<b>BG</b>	<b>HSLL</b>	<b>BLL</b>
<i>N</i>	83	35	48	40	43	18	22	17	26
<i>r</i>	.00	-.08	.07	.05	-.06	-.13	.18	-.01	.17

*HS = hochgradige Sehbehinderung, B = blind, G = Geburtsbeeinträchtigung, LL = im Laufe des Lebens erworbene Beeinträchtigung, HSG = hochgradig sehbehindert von Geburt, BG = blind von Geburt, HSLL = hochgradig sehbehindert im Laufe des Lebens, BLL = blind im Laufe des Lebens*

Innerhalb der Analyse dieser Fragestellung wurden auch die Korrelationen zwischen *Humor betreffend eigene Beeinträchtigung* (Witzliste) und *psychischem Wohlbefinden* errechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 12 aufgelistet. In der Gesamtstichprobe konnte kein Zusammenhang festgestellt werden. In Anbetracht der unterschiedlichen Gruppen zeigte sich ein geringer positiver Zusammenhang in der Gruppe BG zwischen *psychischem Wohlbefinden* und der Skale *Humor betreffend eigene Beeinträchtigung* und ein geringer negativer Zusammenhang der Gruppe HSLL. Jedoch kam es zu keiner statistischen Signifikanz.

Tabelle12

*Korrelationskoeffizienten Beeinträchtigungshumor/psychisches Wohlbefinden*

	<b>Gesamt</b>	<b>HS</b>	<b>B</b>	<b>G</b>	<b>LL</b>	<b>HSG</b>	<b>BG</b>	<b>HSLL</b>	<b>BLL</b>
<i>N</i>	82	34	48	40	42	18	22	16	26
<i>r</i>	-.02	-.13	.06	.03	-.07	-.07	.17	-.16	.08

*PWBS = Psychological Well-Being Scales, HS = hochgradige Sehbehinderung, B = blind, G = Geburtsbeeinträchtigung, LL = im Laufe des Lebens erworbene Beeinträchtigung, HSG = hochgradig sehbehindert von Geburt, BG = blind von Geburt, HSLL = hochgradig sehbehindert im Laufe des Lebens, BLL = blind im Laufe des Lebens*

II. Besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Humorlevel betreffend eigene Beeinträchtigung blinder und hochgradig sehbehinderter Personen und deren Krankheitsverarbeitung?

Als Variable fungierten der *Humor betreffend eigene Beeinträchtigung* (die Bewertung der Blindenwitze) und die *Krankheitsverarbeitung* (acht Subskalen). Zur statistischen Analyse wurde die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson (wie bereits in Kapitel 4.3.1 erläutert) als Methode herangezogen. Die Testung wurde innerhalb der Gesamtstichprobe sowie den diversen Gruppen durchgeführt.

In Tabelle 13 können die Zusammenhänge dieser zwei Variablen anhand des Korrelationskoeffizienten *r* entnommen werden. Die Analyse ergab in der Gesamtstichprobe *N* = 78 geringe signifikant positive Zusammenhänge betreffend drei Subskalen des EFK (DV, HAK, EIH). In den verschiedenen Stichprobengruppen konnten weitere geringe positive Zusammenhänge festgestellt werden. Mäßige signifikant positive Korrelationen zeigten sich betreffend der Gruppe HS (*n* = 34) sowie LL (*n* = 40) und den Subskalen DV und HAK.

Die Personen, welche von Geburt an mit der Einschränkung leben (*n* = 38), zeigten betreffend der Subskala EIH einen mäßig signifikant positiven Zusammenhang. In den Gruppe HSG (*n* = 18) steht HB mit der Subskala HAK und EIH, BG (*n* = 20) mit der Subskala VÄK und in BLL (*n* = 24) mit ISE in einem mäßig positiven Zusammenhang. Ein signifikantes Ergebnis zeigte sich innerhalb der Gruppe HSLL (*n* = 16) betreffend die Subskala DV, mit einem hohen Korrelationskoeffizienten von *r* = .54.

Tabelle 13

*Korrelationskoeffizienten Beeinträchtigungshumor/Krankheitsverarbeitung*

	<b>Gesamt</b>	<b>HS</b>	<b>B</b>	<b>G</b>	<b>LL</b>	<b>HSG</b>	<b>BG</b>	<b>HSLL</b>	<b>BLL</b>
<i>N/n</i>	78	34	44	38	40	18	20	16	24
HPL	.06	.06	.08	.09	.08	.13	.06	-.02	.25
ASA	.05	-.01	.09	.12	-.00	.18	.07	-.18	.18
ISE	.02	-.06	.10	-.17	.20	.01	-.37	-.17	.48*
DV	.29*	.39*	.17	.20	.35*	.19	.22	.54*	.16
HAK	.24*	.41*	.07	.20	.31*	.47*	-.20	.34	.33
ASSE	.04	.18	-.08	.1	.02	.29	-.17	.07	.00
VÄK	.10	-.05	.21	.22	.02	.09	.39*	-.14	.14
EIH	.20*	.18	.24	.30*	.12	.32	.25	.04	.22

\* signifikant bei  $p \leq .05$

*HS = hochgradige Sehbehinderung, B = blind, G = Geburtsbeeinträchtigung, LL = im Laufe des Lebens erworbene Beeinträchtigung, HSG = hochgradig sehbehindert von Geburt, BG = blind von Geburt, HSLL = hochgradig sehbehindert im Laufe des Lebens, BLL = blind im Laufe des Lebens, HPL = Handelndes problemorientiertes Lösen, ASA = Abstand und Selbstaufbau, IEA = Informationssuche und Erfahrungsaustausch, DV = Depressive Verarbeitung, HAK = Gut Hilfe annehmen können, ASSE = Aktive Suche nach sozialer Einbindung, VÄK = Vertrauen in die ärztliche Kunst, EIH = Erarbeiten eines inneren Halts*

Zusätzlich wurde im Zuge dieser Fragestellung auch der Zusammenhang zwischen *Heiterkeit* und *Krankheitsverarbeitung* näher betrachtet. Die Koeffizienten dieser Zusammenhänge können in Tabelle 14 eingesehen werden. In der Gesamtstichprobe ( $N = 79$ ) zeigten sich geringe positive Zusammenhänge mit den Subskalen ASA und VÄK, sowie ein mäßig positiver Zusammenhang mit der Subskala ASSE. In allen drei Fällen kommt es zu einer statistischen Signifikanz. Ein mäßig positiver Zusammenhang zeigte sich in den zwei Unterkategorien ASA und ASSE der *Krankheitsverarbeitung* bei den Gruppen B ( $n = 44$ ) und LL ( $n = 41$ ), mit statistischer Signifikanz. Die Gruppe BLL ( $n = 24$ ) wies mäßig signifikant positive Zusammenhänge betreffend ASA, HAK und VÄK, einen mäßig negativen Zusammenhang mit der Kategorie DV und einen deutlich signifikant positiven Zusammenhang mit der Subskala ASSE auf. Hierbei kommt es zu einem Korrelationskoeffizienten von  $r = .66$ .

Tabelle 14  
*Korrelationskoeffizienten Heiterkeit/Krankheitsverarbeitung*

	<b>Gesamt</b>	<b>HS</b>	<b>B</b>	<b>G</b>	<b>LL</b>	<b>HSG</b>	<b>BG</b>	<b>HSLL</b>	<b>BLL</b>
<i>N/n</i>	79	35	44	38	41	18	20	17	24
HPL	.06	.06	.05	-.13	.19	-.21	-.03	.36	-.02
ASA	.28*	.19	.39*	.12	.41*	.02	.24	.36	.46*
ISE	.10	.15	.05	-.03	.19	-.01	-.30	.35	.08
DV	-.13	-.02	.27*	-.04	-.22	.12	-.10	-.16	-.28
HAK	.16	.14	.18	.14	.15	.29	-.01	-.07	.39*
ASSE	.30*	.17	.45*	.18	.41*	.21	.17	.13	.66*
VÄK	.23*	.19	.28*	.21	.27*	.36	.00	.04	.46*
EIH	-.03	-.06	-.01	-.09	.04	-.03	.05	.13	-.05

\* signifikant bei  $p \leq .05$

*HS = hochgradige Sehbehinderung, B = blind, G = Geburtsbeeinträchtigung, LL = im Laufe des Lebens erworbene Beeinträchtigung, HSG = hochgradig sehbehindert von Geburt, BG = blind von Geburt, HSLL = hochgradig sehbehindert im Laufe des Lebens, BLL = blind im Laufe des Lebens, HPL = Handelndes problemorientiertes Lösen, ASA = Abstand und Selbstaufbau, IEA = Informationssuche und Erfahrungsaustausch, DV = Depressive Verarbeitung, HAK = Gut Hilfe annehmen können, ASSE = Aktive Suche nach sozialer Einbindung, VÄK = Vertrauen in die ärztliche Kunst, EIH = Erarbeiten eines inneren Halts*

## 5.6 Beantwortung der sekundären Fragestellung

I: Unterscheiden sich blinde und hochgradig sehbehinderte Personen, welche von Geburt an mit dieser Einschränkung leben, von jenen, welche die Beeinträchtigung im Laufe des Lebens erworben haben, im Humorverhalten betreffend eigene Beeinträchtigung, Krankheitsverarbeitung, Heiterkeit beziehungsweise psychischem Wohlbefinden?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde der *t*-Test für unabhängige Stichproben herangezogen (siehe Kapitel 4.3.2) und die Mittelwerte beider Gruppen verglichen.

Die Unabhängigkeit der zwei Stichproben, sowie ein Intervallskalenniveau der Daten ist gegeben. Des Weiteren wurden die Voraussetzungen der Normalverteilung (anhand der Schiefe) in den Gruppen und die Homogenität der Varianzen (mittels Levine-Test) geprüft. In Tabelle 15 sind die genauen Kennwerte dazu aufgelistet. Die Normalverteilung konnte nicht in allen relevanten Skalen nachgewiesen werden, doch aufgrund der Stichprobengröße und des positiven Nachweises der restlichen Voraussetzungen wurde auf kein anderes statistisches Verfahren ausgewichen (Kubinger et al., 2009). Heterogene Varianzen zeigten sich in der Subskala VÄK mit einem Ergebnis im Levene-Test von  $F(1,78) = 4.52$ ,  $p = .04$ . In diesem Fall wurde der

Welch-Test als Alternative zum *t*-Test angewendet. Die Ergebnisse des *t*-Test beziehungsweise Welch-Test zeigten in keiner verwendeten Subskala einen signifikanten Unterschied innerhalb der Personengruppe, die von Geburt an mit der Einschränkung leben und jenen Studienteilnehmern/Studienteilnehmerinnen, die im Laufe des Lebens die visuelle Beeinträchtigung erworben haben. In Tabelle 15 sind die genauen Kennzahlen der statistischen Analyse einzusehen.

Tabelle 15

*Statistische Kennwerte der Prüfung auf NV in den Gruppen Geburtsbeeinträchtigung(G)/im Laufe des Lebens erworbene Beeinträchtigung(LL); p-Werte des Levene Tests, t-Tests bzw. Welch-Tests*

Skalen	Schiefe	Levene-Test	t-Test	Welch-Test
<b>Humor betreffend</b>	G: .58	.65	.29	-
<b>eigene Beeinträchtigung</b>	LL: .17			
<b>PWBS: Psychisches Wohlbefinden</b>	G: -.75	.62	.85	-
	LL: -.51			
<b>STHI-T 60: Heiterkeit</b>	G: -1.09	.74	.19	-
	LL -1.03			
<b>STHI-T 60: schlechte Laune</b>	G: 1.41	.21	.14	-
	LL: 1.61			
<b>STHI-T 60: Ernst</b>	G: -.25	.52	.80	-
	LL: .23			
<b>EFK: Handelndes problemorientiertes Lösen</b>	G: -.59	.33	.13	-
	LL: -.55			
<b>EFK: Abstand und Selbstaufbau</b>	G: -.39	.89	.35	-
	LL: -.16			
<b>EFK: Informationssuche und Erfahrungsaustausch</b>	G: .80	.64	.28	-
	LL: .61			
<b>EFK: Depressive Verarbeitung</b>	G: .83	.36	.92	-
	LL: 1.50			
<b>EFK: Gut Hilfe annehmen können</b>	G: -.35	.58	.26	-
	LL: -.31			
<b>EFK: Aktive Suche nach sozialer Einbindung</b>	G: .21	.53	.41	-
	LL: -.70			
<b>EFK: Vertrauen in die ärztliche Kunst</b>	G: -.37	.04	-	.76
	LL: -.38			
<b>EFK: Erarbeiten eines inneren Halts</b>	G: -.33	.80	.88	-
	LL: .18			

\* signifikant bei  $p \leq .05$

*STHI-T 60 = State-Trait-Heiterkeitsinventar (60 Items), PWBS = Psychological Well-Being Scales, EFK = Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*

Im Zuge des Vergleichs des Beeinträchtigungsbegins der teilnehmenden Personen wurde auch der Grad der Beeinträchtigung (Blindheit bzw. hochgradige Sehbeeinträchtigung) anhand des *t*-Tests auf Unterschiede getestet. Auch in diesen Gruppen musste aufgrund heterogener Varianzen in den Subskalen ISE und HAK der Welch-Test als Alternative herangezogen werden. In Tabelle 16 sind die genauen Kennzahlen der statistischen Analyse (Schiefe, Varianzhomogenität, *t*-Test bzw. Welch-Test) eingetragen. Die Ergebnisse des *t*-Tests beziehungsweise Welch-Tests wiesen keine signifikanten *p*-Werte auf. Dies bedeutet, dass es keinen signifikanten Unterschied in den Mittelwertvergleichen der diversen Subskalen zwischen blinden und hochgradig sehbeeinträchtigten Personen (innerhalb vorliegender Stichprobe) gab. In der Subskala HAK konnte mit einem  $p = .07$  beim Welch-Test eine nicht signifikante Tendenz festgestellt werden. In dieser Unterkategorie des EFK wiesen hochgradig sehbeeinträchtigte Personen einen Durchschnittswert von  $M = 2.22$  ( $SD = .99$ ) und blinde Personen einen Durchschnittswert von  $M = 2.63$  ( $SD = .72$ ) auf.

Tabelle 16

Statistische Kennwerte der Prüfung auf NV in den Gruppen blind (B)/hochgradig sehbeeinträchtigt (HS); p-Werte des Levene Tests, t-Tests bzw. Welch-Tests

Skalen	Schiefe	Levene-Test	t-Tests	Welch-Test
<b>Humor betreffend eigene Beeinträchtigung</b>	HS: .52 B: .11	.49	.87	-
<b>PWBS:</b> Psychisches Wohlbefinden	HS: -.12 B: -.94	.74	.86	-
<b>STHI-T60:</b> Heiterkeit	HS: -1.31 B: -.61	.23	.75	-
<b>STHI-T60:</b> schlechte Laune	HS: 1.70 B: 1.01	.18	.57	-
<b>STHI-T60:</b> Ernst	HS: -.06 B: -.02	.71	.87	-
<b>EFK:</b> Handelndes problemorientiertes Lösen	HS: -.37 B: -.62	.64	.72	-
<b>EFK:</b> Abstand und Selbstaufbau	HS: -.08 B: -.40	.92	.57	-
<b>EFK:</b> Informationssuche und Erfahrungsaustausch	HS: .49 B: .83	.05	-	.27
<b>EFK:</b> Depressive Verarbeitung	HS: 1.55 B: .90	.39	.98	-
<b>EFK:</b> Gut Hilfe annehmen können	HS: -.18 B: -.19	.01	-	.07
<b>EFK:</b> Aktive Suche nach sozialer Einbindung	HS: .05 B: -.60	.29	.20	-
<b>EFK:</b> Vertrauen in die ärztliche Kunst	HS: -.38 B: -.42	.39	.87	-
<b>EFK:</b> Erarbeiten eines inneren Halts	HS: -.27 B: .02	.90	.44	-

\* signifikant bei  $p \leq .05$

STHI-T 60 = State-Trait-Heiterkeitsinventar (60 Items), PWB = Psychological Well-Being Scales, EFK = Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung

Zur Prüfung der vorgegebenen Skalen auf Abhängigkeit der beiden Faktoren (Beeinträchtigungsgrad und Beeinträchtigungsbeginn), wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse (siehe Kapitel 4.3.3) vorgenommen. In Tabelle 17 sind die Kennwerte der Zwischensubjekteffekte quantitativ dargestellt. Diese Werte waren bis auf die AV *schlechte Laune* unauffällig und zeigten keine Unterschiede innerhalb der vier Gruppen. Die Subskala *schlechte Laune* wies einen signifikanten p-Wert von  $p = .04$  auf. Personen, die von Geburt an blind waren, wiesen höhere Scores in der Subskala *schlechte Laune* auf, als jene, die im Laufe des Lebens erblindeten. Bei hochgradig sehbeeinträchtigten Personen zeigte sich dieser Effekt umgekehrt. Abbildung 8 stellt diese Wechselwirkung in einem Diagramm anschaulich dar.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen betreffend *schlechte Laune* sind in Tabelle 18 für alle vier Gruppen angegeben. Den höchsten Score zeigten die Geburtsblinden auf, gefolgt von der Gruppe HSL, HSG und der niedrigste durchschnittliche Wert ergab sich für die Gruppe BLL.

Tabelle 17

*Zwischensubjekteffekte der Faktoren Beeinträchtigungsbeginn/Grad der Beeinträchtigung*

<b>Skalen</b>	<b>Subskalen</b>	<b>p-Wert</b>
Witzliste	Witze betreffend Beeinträchtigung	.13
STHI-T 60	Heiterkeit	.46
	Ernst	.74
	Schlechte Laune	.04*
PWBS		.42
EFK	Handlungs- und problemorientiertes Lösen	.38
	Abstand und Selbstaufbau	.75
	Informationssuche und Erfahrungsaustausch	1
	Depressive Verarbeitung	.86
	Gut Hilfe annehmen können	.20
	Aktive Suche nach sozialer Einbindung	.81
	Vertrauen in die ärztliche Kunst	.74
Erarbeiten eines inneren Halts	.83	

\* signifikant bei  $p \leq .05$

*STHI-T 60 = State-Trait-Heiterkeitsinventar (60 Items), PWBS = Psychological Well-Being Scales, EFK = Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*

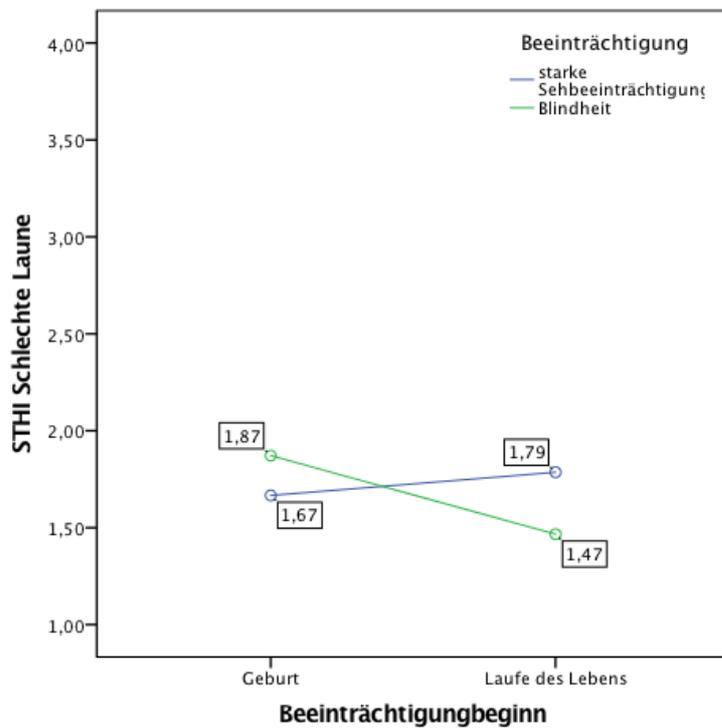


Abbildung 8. Wechselwirkung Beeinträchtigungsgrad/Beeinträchtigungsbeginn auf die Variable schlechte Laune

Tabelle 18

Mittelwerte und Standardabweichungen der vier Gruppen betreffend die Variable schlechte Laune

	<i>M</i>	<i>SD</i>
blind von Geburt	1.87	.54
hochgradig sehbehindert von Geburt	1.67	.72
hochgradig sehbehindert im Laufe des Lebens	1.79	.63
blind im Laufe des Lebens	1.47	.35

## 6 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Im letzten Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung mit den bereits bestehenden Befunden der Wissenschaft untermauert und diskutiert. Ebenfalls werden Verbesserungsvorschläge für zukünftige Forschungsarbeiten in diesem Bereich angemerkt und die praktische Relevanz der vorliegenden Arbeit näher erläutert.

### 6.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Studie wurde durchgeführt, um den Einfluss von Humor und Heiterkeit bei blinden und hochgradig sehbeeinträchtigten Personen auf deren psychisches Wohlbefinden und Krankheitsverarbeitung zu untersuchen. Die Datenerhebung mittels Fragebogen (Bearbeitungsdauer von ca. 30 bis 40 Minuten) fand im Zeitraum von Oktober 2015 bis März 2016 statt. Die Operationalisierung der Variablen *Heiterkeit* (STHI-T 60), *psychisches Wohlbefinden* (PWBS) und *Krankheitsverarbeitung* (EFK) konnte anhand bereits bestehender Instrumente stattfinden. Die Variable *Humor betreffend eigene Beeinträchtigung*, wurde mittels einer selbst erstellten Skala erhoben.

Innerhalb der Stichprobe wurde zwischen Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung (*Beeinträchtigungsgrad*), sowie Geburtsbeeinträchtigten und jenen, die im Laufe des Lebens die visuelle Einschränkung erworben haben, (*Beeinträchtigungsbeginn*) differenziert. Zum einen wurden Zusammenhänge der erhobenen Variablen untersucht und zum anderen wurden die diversen Stichprobengruppen auf Unterschiede in den abhängigen Variablen getestet.

Im Rahmen eines Querschnittsdesigns konnten  $N = 83$  Personen ermittelt werden. Ein ausgewogenes Verhältnis betreffend hochgradige Sehbehinderung ( $n = 35$ ) und Blindheit ( $n = 48$ ), sowie Geburtsbeeinträchtigten ( $n = 43$ ) und jenen, die im Laufe des Lebens die Einschränkung erworben haben ( $n = 43$ ), wurde erreicht. Auch in den vier Gruppen, die aus der Kombination von Beeinträchtigungsgrad und Beeinträchtigungsbeginn resultieren, war eine Gleichverteilung vorhanden. Ebenfalls ausgewogen zeigt sich das Geschlechterverhältnis innerhalb vorliegender Stichprobe.

Die Reliabilitäten des STHI-T 60 wurden von den Autoren (Ruch & Zweyer, 2001) mit Cronbach's  $\alpha$ -Werten von  $\alpha = .93$  (*Heiterkeit*),  $\alpha = .88$  (*Ernst*),  $\alpha = .94$  (*schlechte Laune*) angegeben. Diese konnten innerhalb der vorliegenden Stichprobe

repliziert werden:  $\alpha = .92$  (*Heiterkeit*),  $\alpha = .78$  (*Ernst*) und  $\alpha = .94$  (*schlechte Laune*). Die Skala zur Erhebung des psychischen Wohlbefindens ergab in der langen Version ein Cronbach's  $\alpha$  in den Subskalen zwischen .83 und .91. Aufgrund der Verwendung der kurzen Version mit nur 18 Items, musste auf Subskalen verzichtet werden um eine ausreichende Skalenkonsistenz zu erreichen. Die Gesamtskala wies nun in der vorliegenden Stichprobe ein Cronbach's  $\alpha$  von .72 auf. Bei vier der acht Subskalen des EFK musste ein Item eliminiert werden um eine ausreichende Reliabilität zu erreichen beziehungsweise wurde eine Subskala für die Ergebnisberechnung (aufgrund zu geringen Cronbach's  $\alpha$ ) ausgeschlossen.

Die Ergebnisse der Forschung, dass psychisches Wohlbefinden in einem positivem Zusammenhang mit unterschiedlichen Humorstilen (Martin et al., 2003) steht, konnte in der vorliegenden Studie, mit dem Fokus auf die Facette *Heiterkeit* beziehungsweise *Humor betreffend eigene Beeinträchtigung*, nicht bestätigt werden. Die PWBS ergab in der statistischen Analyse sowohl mit der Subskala *Heiterkeit*, des STHI-T 60, keine Zusammenhänge, als auch mit der Bewertung der Blindenwitze. Zwar zeigten sich in der vorliegenden Studie keine direkten Korrelationen der erhobenen Humorfacetten mit dem *psychischen Wohlbefinden* durch die PWBS, doch konnten indirekt positive Effekte auf die psychische Gesundheit berechnet werden.

In der Untersuchung von Armstrong et al. (2016) konnte gezeigt werden, dass eine sensorische Beeinträchtigung (Verlust von Sehen, Verlust von Hören bzw. Verlust beider Sinne) Auswirkungen auf Depressionen hat. So zeigten deren Ergebnisse, dass Personen ohne sensorische Einschränkung höhere Werte in Bezug auf gesundheitsbezogene Lebensqualität und niedrigere Werte im Bereich Depression erreichten als jene Personen, die eine Sinnesbeeinträchtigung aufwiesen. Auch Rees et al. (2010) konnten die depressive Symptomatik sehbeeinträchtigter Personen und den Einfluss auf deren spezifisches emotionales Wohlbefinden betreffend Beeinträchtigung (*vision-specific distress*) nachweisen. Die Wissenschaft zeigte jedoch schon, dass hohe Werte im Bereich *Heiterkeit* schützend auf die positive Stimmung wirken, und zwar auch bei zunehmender Anzahl negativer Lebensereignisse (Ruch & Zweyer, 2001). In der vorliegenden Untersuchung konnte bestätigt werden, dass jene Personen, die geringe Werte auf der Skala *Humor betreffend eigene Beeinträchtigung* erreichten, höhere Werte in der *depressiven Verarbeitung* erzielten. Dies bedeutet, je weniger die betroffenen Personen über ihre

eigene Einschränkung lachen können, umso stärker ist die Ausprägung der *depressiven Verarbeitung* beziehungsweise umgekehrt. In der Gesamtstichprobe der hochgradig sehbeeinträchtigten und blinden Personen konnte dies mit einem signifikanten Korrelationskoeffizienten von .29 quantifiziert werden. Innerhalb der Gruppe der hochgradig sehbehinderten Personen, die im Laufe des Lebens die Einschränkung erworben haben, zeigte sich sogar ein hoch signifikant positiver Zusammenhang ( $r = .54$ ) dieser zwei Variablen. Dieses Ergebnis ist durch bereits bestehende Befunde zu erklären. So gibt es Forschungen (Kuiper et al., 1993) die belegen, dass ein hohes Humorlevel Personen dabei hilft stressreiche Situationen sehr direkt zu bewältigen. Personen, denen es möglich ist sich belastenden Ereignissen direkt zu stellen, zeigen auf emotionaler Ebene oft Distanz zum Stressor. Dies schafft eine gesunde Abgrenzung zum Problem (Kuiper et al., 1993) beziehungsweise bietet die emotionale Distanziertheit einen guten Selbstschutz bei schwierigen Lebensereignissen und steht für eine gesunde Strategie der Bewältigung. In der vorliegenden Untersuchung lassen sich die Ergebnisse gut mit diesen Befunden vereinbaren. So wiesen Personen, die Probleme damit haben über ihre eigene Krankheit/Beeinträchtigung zu lachen und wenig Humor gegenüber der eigenen belastenden Lebenssituation aufbringen, auf der emotionalen Ebene bezüglich visueller Einschränkung eine negative Bewältigungsfacette (*depressive Verarbeitung*) auf. Zwar sprechen die Ergebnisse nicht direkt für einen positiven Effekt von Humor und Heiterkeit auf das psychische Wohlbefinden und doch konnte indirekt durch die Kategorie *depressive Verarbeitung* des EFK der positive Einfluss des *Beeinträchtigungshumors* auf das *psychische Wohlbefinden* aufgezeigt werden.

Eine weitere Krankheitsverarbeitungsfacette neben der *depressiven Verarbeitung* ist *Erarbeiten eines Inneren Halts*, welche einen geringen signifikant positiven Zusammenhang ( $r = .2$ ) mit dem *Krankheitshumor* aufwies. Auch hier lässt sich dieser Zusammenhang mit den bereits bestehenden Forschungsergebnissen von Kuiper et al. (1993) vereinbaren. Diese konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass eine gesunde Abgrenzung zum vorhandenen Problem durch eine humorvolle Konfrontation geschaffen werden kann. Jene Personen, die als Verarbeitungsstrategie Ich-stärkende religiöse sowie alternative Verhaltensmuster benötigen, zeigten einen geringeren *Humor betreffend eigene Beeinträchtigung*. Vermutet werden kann, dass Betroffene, die aktiv daran arbeiten eine innere Stabilität zu erreichen (diese also noch nicht aufweisen können) sich durch

Belustigen des eigenen Schicksals angegriffen fühlen und deren Beeinträchtigungsadaption dadurch gefährdet ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass jene Personen, die noch im Prozess des Erarbeitens eines inneren Halts sind, nicht genügend emotionalen Abstand zur Sehbehinderung beziehungsweise Blindheit aufweisen. Da es sich allerdings nur um einen geringen signifikanten Zusammenhang handelt, sollte dieses Ergebnis durch weitere Forschungsarbeiten untersucht werden.

Die vorliegende Untersuchung legt die Vermutung nahe, dass *Heiterkeit* einen positiven Einfluss auf die Anpassung einer visuellen Einschränkung mit sich bringt. So wiesen jene Personen, die ein höheres *Heiterkeitslevel* erreichten, signifikant höhere Werte in der Subskala *Abstand und Selbstaufbau* ( $r = .28$ ) des EFK auf. Wie schon erwähnt kann durch einen gesunden Abstand zum Stressor das vorhandene Problem besser bewältigt werden (Kuiper et al., 1993). Die Persönlichkeitsfacette *Heiterkeit* steht laut Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung mit dieser emotionalen Distanz im Zusammenhang und kann somit den Prozess der positiven Bewältigung durch ihre selbstschützende Wirkung unterstützen.

Als weiterer Indikator für eine positive Adaptierung der visuellen Einschränkung gilt das soziale Umfeld. So zeigten Ergebnisse von Brennan (2001), dass die Unterstützung von Freunden hilfreich für Betroffene ist. Auch Reinhardt (1996) zeigte in seiner Studie, dass sehbeeinträchtigte Menschen, die zusätzlich zu einer stabilen Familienbeziehung von stabilen Freundschaften berichteten, eine höhere Lebenszufriedenheit, weniger depressive Symptome und eine bessere Anpassung betreffend sensorischem Verlust aufwiesen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten im Zusammenhang mit *Heiterkeit* nicht nur einen positiven Effekt auf die Variable *Abstand und Selbstaufbau*, sondern auch in der Subskala *aktive Suche nach sozialer Einbindung*, kam es zu einem signifikanten Zusammenhang ( $r = .3$ ). Eine besonders hohe Korrelation dieser Variablen zeigte sich bei jenen Personen, die im Laufe des Lebens erblindet sind ( $r = .66$ ). Die statistischen Ergebnisse, die besagen, dass *Selbstaufbau*, sowie die *Suche nach sozialer Eingliederung* im positiven Zusammenhang mit *Heiterkeit* steht, sprechen für die schützende Wirkung dieser Persönlichkeitseigenschaft. Von einer förderlichen Wirkung der Humorfacette *Heiterkeit* kann im Prozess der Anpassung ausgegangen werden.

Durch die nun erwähnten Vorbefunde kann daraus geschlossen werden, dass es einen Zusammenhang zwischen *Heiterkeit* und der Anpassung an die visuelle

Beeinträchtigung gibt. Die Korrelationen dieser zwei Verarbeitungskategorien (ASA und ASSE) sind besonders hoch in der Stichprobengruppe blinder Personen, die im Laufe des Lebens die Beeinträchtigung erworben haben. Die Annahme liegt nahe, dass jene Personen, die nicht von Geburt an mit dieser Einschränkung leben und vollkommen erblinden auch einen größeren Bedarf an einer Anpassung des neuen Lebensumstands haben, als jene, die mit dieser Einschränkung zur Welt kommen beziehungsweise jene, die noch Restsehvermögen aufweisen. Umso bedeutender scheint die Persönlichkeitsfacette *Heiterkeit* in Bezug auf die Adaptierung des visuellen Verlustes zu sein.

Die statistische Analyse dieser Arbeit beschränkte sich nicht nur auf die Beleuchtung diverser Zusammenhänge der gemessenen Variablen, sondern legte den Fokus auch auf mögliche Unterschiede in den vorhandenen Stichprobengruppen.

Die Ergebnisse zeigten, dass es keinen signifikanten Unterschied betreffend *psychisches Wohlbefinden*, *Krankheitshumor*, *Krankheitsverarbeitung* sowie *Heiterkeit* zwischen blinden und hochgradig sehbeeinträchtigten Personen gibt. Jedoch ist anzumerken, dass es in der Krankheitsverarbeitungskategorie *gut Hilfe annehmen können* zu einem Effekt in den Berechnungen kam. Hierbei wurde sichtbar, dass blinde Personen diese Subskala durchschnittlich höher bewerteten als die Gruppe der hochgradig sehbeeinträchtigten Personen. Diese Tendenz legt die Schlussfolgerung nahe, dass je schwerer der Grad der visuellen Beeinträchtigung ist, umso größer ist auch der Bedarf an Hilfe und umso mehr Möglichkeiten ergeben sich diese Hilfe auch anzunehmen. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses darf allerdings nicht vergessen werden, dass es sich um keinen signifikanten Mittelwertunterschied handelt und weitere Untersuchungen in diesem Bereich notwendig sind. Auch der Beginn der visuellen Einschränkung zeigte keine signifikanten Mittelwertunterschiede in den abhängigen Variablen.

Lässt man jedoch beide Faktoren (Beeinträchtigungsbeginn und Beeinträchtigungsgrad) in die Analyse einfließen, so zeigte sich ein signifikanter Effekt betreffend die Variable *schlechte Laune* des STHI-T 60.

Hier ergab sich eine Abstufung der vier Gruppen in der Bewertung der Skala *schlechte Laune*. Der niedrigste Mittelwert ergab sich für die Gruppe BLL, gefolgt von HSG, HSLL und an der Spitze die Personengruppe BG. Da diese Reihenfolge der vier Stichprobengruppen weder durch den Beginn der Behinderung (Geburt/Laufe

des Lebens) noch durch die Schwere der Behinderung (Blindheit/hochgradige Sehbehinderung) logisch erklärbar ist, muss davon ausgegangen werden, dass es andere Einflüsse gibt, die diesen signifikanten Unterschied betreffend *schlechte Laune* hervorrufen. Als Störvariable können Geschlecht und Alter ausgeschlossen werden, da diese im Vorfeld auf Gleichverteilung untersucht wurden (siehe Kapitel 5.2). Da die vorliegende Arbeit den Fokus nicht auf die Persönlichkeitsfacette *schlechte Laune* legt (sondern *Heiterkeit*), sind Folgestudien in diesem Zusammenhang notwendig. Es sollte weiter geprüft werden, welche Variablen einen Einfluss auf *schlechte Laune* haben und wie sich diese in der Population blinder und hochgradig sehbeeinträchtigter Menschen verhalten.

## 6.2 Praktische Implikationen

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind nicht nur im Bereich der Forschung und Wissenschaft von Bedeutung, sondern beeinflussen auch den praktischen Bereich der psychologischen Prävention und Behandlung blinder und hochgradig sehbehinderter Menschen.

Das Resultat, dass höhere Werte im Bereich der Facette *Heiterkeit* in einem positiven Zusammenhang mit den Skalen *Abstand und Selbstaufbau*, sowie der *aktiven Suche nach sozialer Einbindung* stehen, liegt hierbei im Zentrum der Anpassung blinder und hochgradig sehbeeinträchtigter Personen an deren visuelle Einschränkung. Diese Merkmale (Abstand zur Krankheit, Selbstbewusstsein und gute soziale Beziehungen) haben sich bereits in vergangenen Studien (Brennan, 2001; Kuiper et al., 1993; Lee & Brennan, 2006; Reinhardt, 1996) als sehr bedeutend für den Prozess der Adaption einer sensorischen Beeinträchtigung herausgestellt. Die Persönlichkeitsfacette *Heiterkeit* zu stärken kann somit für die betroffenen Personen von Relevanz sein und den Prozess der Anpassung erleichtern.

Nicht nur die Bedeutsamkeit von *Heiterkeit* in Bezug auf *Abstand und Selbstaufbau* und die *aktive Suche nach sozialer Einbindung* konnte innerhalb dieser Studie gezeigt werden, sondern auch geringe *Humorwerte betreffend eigene Einschränkung* und deren Zusammenhang im Bereich *depressiver Verarbeitung*.

Die Behandlung depressiver Symptome sehbeeinträchtigter Personen mit dem Augenmerk auf Humor bietet eine neue Herangehensweise. Der Standpunkt, dass in der Population sehbeeinträchtigter und blinder Menschen die Prävention von Depression sehr wichtig erscheint, wird bereits von Autoren vertreten (Rees et al.

2010). Diese merken an, dass der Fokus vor allem auf die krankheitsbezogenen emotionalen Dysbalancen gelegt werden sollte. Unabhängig von der visuellen Einschränkung konnte Heintz (2016) zeigen, dass ein heiteres und witziges Humorverhalten für die emotionale Stabilität sehr förderlich ist. Die nun vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass Humor innerhalb der Präventionsarbeit in Bezug auf Depression schützend wirken kann.

So liegen bereits Trainingsprogramme vor, die Humor stärken und diese Charaktereigenschaft in den Mittelpunkt der Behandlung von Depression stellen (McGhee, 2012). Diese Konzepte können durch die vorhandene Analyse auch im Bereich visuell beeinträchtigter Personen als sinnvoll erachtet werden.

In der vorliegenden Untersuchung hat sich gezeigt, dass Humor und Heiterkeit auch für die praktische Arbeit mit blinden und hochgradig sehbeeinträchtigten Menschen Bedeutung zugesprochen werden muss. Eine gute Adaption an den Umstand der visuellen Einschränkung sowie die Prävention und Behandlung depressiver Symptome kann von Humor und Heiterkeit profitieren.

### **6.3 Limitationen und Ausblick**

Zum Abschluss werden die methodischen und analytischen Grenzen der Studie angemerkt als auch Vorschläge für zukünftige Forschungsarbeiten in diesem Bereich hinzugefügt.

Die Eigenschaft, wie sehr Personen über ihre eigene Schwäche (in der vorliegenden Stichprobe die visuelle Beeinträchtigung) lachen können, hat sich in der statistischen Analyse als eine sehr relevante und wertvolle Eigenschaft herausgestellt. Die im Fragebogen verwendete Witzliste zur Erhebung des *Humors betreffend Beeinträchtigung* stellt allerdings eine sehr einfache Variante der Operationalisierung dar. Die Erstellung eines umfassend evaluierten Inventares zur Erhebung dieser Variable, scheint für zukünftige Forschungsarbeiten in diesem Bereich sinnvoll.

Der angewandte Fragebogen der vorliegenden Untersuchung besteht aus einer Sammlung bereits bestehender diagnostischer Verfahren. Die Psychological Well-Being Scales wurde zur Erfassung des *psychischen Wohlbefindens* verwendet (Ryff, 1989). In der statistischen Analyse konnten keine Zusammenhänge dieser Skala mit *Humor* beziehungsweise *Heiterkeit* herausgefunden werden. Aufgrund der Zumutbarkeit und der bereits vorhandenen Bearbeitungsdauer des Fragebogens

wurde die kürzeste Version der PWBS mit nur 18 Items verwendet. Diese nur sehr limitierte Anzahl an Items wirkt sich auf die Güte des Verfahrens aus und somit auch auf die Ergebnisse der Untersuchung. Die Fragestellungen betreffend *psychisches Wohlbefinden* sollten in Folgestudien weiter untersucht werden. Für zukünftige Forschungen in diesem Bereich ist es von Vorteil die lange Version dieses Inventares einzusetzen, besonders wenn auch die Subskalen der PWBS mitberechnet werden sollen.

Bei dem vorgegebenen Fragebogen handelt es sich um eine subjektive Einschätzung der teilnehmenden Personen und sozial erwünschte Antworten sind somit nicht auszuschließen. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse mitberücksichtigt werden.

Bei den resultierenden statistischen Kennwerten der Ergebnisanalyse ist anzumerken, dass die Zusammenhangshypothesen mittels Korrelationskoeffizienten berechnet wurden. Bei der Interpretation dieses Koeffizienten darf nicht vergessen werden, dass es sich um keine Kausalitäten handelt, sondern lediglich ein Zusammenhang herausgelesen werden kann. Worauf genau sich diese Korrelation bezieht beziehungsweise diese zurückzuführen ist, kann dadurch jedoch nicht bestimmt werden (Weiß, 2016).

Ein interessanter Zugang, welchen die vorliegende Studie nicht bieten kann, wäre das Vorliegen einer Kontrollgruppe. Ein Vergleich der Ausprägungen in den Variablen *Humor* und *Heiterkeit* sowie *psychisches Wohlbefinden*, könnte neue Blickwinkel in der Interpretation der Ergebnisse ermöglichen. Dies sollte in zukünftigen Untersuchungen miteinfließen.

Besonders aussagekräftig sind Langzeitstudien zu dieser Thematik. Interessant und von praktischer Bedeutsamkeit stellt sich die Untersuchung von Humorinterventionen bei blinden und hochgradig sehbeeinträchtigten Personen dar, um somit den Effekt von Humor auf das psychische Wohlbefinden und deren Krankheitsverarbeitung besser wahrnehmen zu können. So gibt es das Interventionsprogramm von Paul McGhee (7-Humor-Habits-Programm), welches als deutsches Manual von Willibald Ruch vorliegt (McGhee, 2012).

Insgesamt muss angemerkt werden, dass der Forschungsbereich innerhalb der Population blinder und hochgradig sehbeeinträchtigter Menschen noch sehr unberührt ist und Bedarf an Studien besteht.

Die Haupteckennis der vorliegenden Forschungsarbeit zeigt sich in den Ergebnissen der Zusammenhangshypothesen bezüglich *Beeinträchtigungshumor* sowie *Heiterkeit* und den resultierenden Korrelationen betreffend diverse Kategorien der Krankheitsverarbeitung. Es konnte anhand der berechneten Ergebnisse der Zusammenhang von *Humor* und *Heiterkeit* mit dem Prozess der Anpassung an die visuelle Einschränkung sowie deren schützende Wirkung auf die Verarbeitung der Beeinträchtigung gezeigt werden.

## 7 Literaturverzeichnis

- Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor–International Journal of Humor Research*, 15(4), 365-381.
- Armstrong, T. W., Surya, S., Elliott, T. R., Brossart, D. F., & Burdine, J. N. (2016). Depression and health-related quality of life among persons with sensory disabilities in a health professional shortage area. *Rehabilitation psychology*, 61(3), 240-250.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (Vol. 11). Berlin: Springer.
- Berger, P. L. (2014). *Erlösendes Lachen: das Komische in der menschlichen Erfahrung*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH.
- Blinden- und Sehbehindertenverband Österreich. (2017). *Statistische Daten*. Zugriff auf: <http://www.blindenverband.at/home/wissen/sehen/977?help=1> (18.02.2017)
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4., überarbeitete Ausgabe)*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (7., überarbeitete Ausgabe)*. Berlin: Springer-Verlag.
- Brennan, M., & Cardinali, G. (2000). The use of preexisting and novel coping strategies in adapting to age-related vision loss. *The Gerontologist*, 40(3), 327-334.
- Brennan, M., Horowitz, A., Reinhardt, J. P., Cimarolli, V., Benn, D. T., & Leonard, R. (2001). In their own words: Strategies developed by visually impaired elders to cope with vision loss. *Journal of Gerontological Social Work*, 35(1), 107-129.
- Bundeskanzleramt Österreich. (2012). *Bundespflegegeldgesetz*. Zugriff auf: [http://www.behinderungsvorarlberg.at/SiteCollectionDocuments/2009/Bundespflegegeldgesetz%20\(BPGG\)%20Fassung%20vom%2002.01.2012.pdf](http://www.behinderungsvorarlberg.at/SiteCollectionDocuments/2009/Bundespflegegeldgesetz%20(BPGG)%20Fassung%20vom%2002.01.2012.pdf) (18.02.2017)
- Bundeskanzleramt Österreich. (2017). *Bundesgesetz über die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz*

- BGStG). Zugriff auf:  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004228> (18.02.2017)
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3. Aufl.). London, England: Sage Publishing.
- Franke, G. H., Mähner, N., Reimer, J., Spangemacher, B., & Esser, J. (2000). Erste Überprüfung des Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK) an sehbeeinträchtigten Patienten. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie*, 21(2), 166-172.
- Freud, S. (2001). *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten* (6. Unveränderte Auflage). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.
- Frings, W. (1996). *Humor in der Psychoanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Goldstein, J. H., & McGhee, P. E. (1972). *The Psychology of Humor. Theoretical Perspectives and Empirical Issues*. New York, London: Academic Press, INC.
- Heintz, S. (2016). Putting a spotlight on daily humor behaviors: Dimensionality and relationships with personality, subjective well-being, and humor styles. *Personality and Individual Differences*, 104, 40–412.
- Ho, S. K. (2016). Relationships among humour, self-esteem, and social support to burnout in school teachers. *Social Psychology of Education*, 19(1), 41-59.
- Hofmann, J., & Ruch, W. (2015). Humor stärkt mich. *ASP-SPV-Info*, 138, 5-11.
- Humor. (2017). *In Duden Online*. Zugriff auf:  
[http://www.duden.de/rechtschreibung/Humor\\_Stimmung\\_Frohsinn](http://www.duden.de/rechtschreibung/Humor_Stimmung_Frohsinn)  
(18.02.2017)
- Kiely, K. M., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2013). Dual sensory loss and depressive symptoms: The importance of hearing, daily functioning, and activity engagement. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 1-13.
- Kubinger, K. D., Rasch, D., & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60(1), 26-27.
- Kuiper, N. A., Martin, R. A., & Olinger, L. J. (1993). Coping humour, stress, and cognitive appraisals. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25(1), 81-96.
- Lang, G. K. (2014). *Augenheilkunde*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Lee, E. K. O., & Brennan, M. (2006). Stress constellations and coping styles of older

- adults with age-related visual impairment. *Health & social work*, 31(4), 289-298.
- Martin, R. A. (2007). *The Psychology of Humor. An Integrative Approach*. Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Martin, R. A., & Lefcourt, H.M. (1983). Sense of humor as a moderator of relation between Stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(6), 1313 - 1324.
- Martin, R.A., Kuiper, N.A., Olinger, L.J. & Dance, K.A. (1993). Humor, coping with stress, self - concept, and psychological well - being. *International Journal of Humor Research*, 6(1), 89 - 104.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48-75.
- Marschall, W., & Utschakowski, J. (2006). *Psychiatrische Gesundheits-und Krankenpflege: mental health care*. Heidelberg: Springer.
- McGhee, P. (2012). Humor als Copingstrategie. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie. Neurobiologie-Methoden-Praxis*. (S. 197-217). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Mendiburo - Seguel, A., Páez, D., & Martínez - Sánchez, F. (2015). Humor styles and personality: A meta - analysis of the relation between humor styles and the Big Five personality traits. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(3), 335-340.
- Moran, C. C., & Massam, M. M. (1999). Differential influences of coping humor and humor bias on mood. *Behavioral Medicine*, 25(1), 36-42.
- Rees, G., Tee, H. W., Marella, M., Fenwick, E., Dirani, M., & Lamoureux, E. L. (2010). Vision-specific distress and depressive symptoms in people with vision impairment. *Investigative ophthalmology & visual science*, 51(6), 2891-2896.
- Reinhardt, J. P. (1996). The importance of friendship and family support in adaptation to chronic vision impairment. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51(5), 268-278.
- Reinhardt, J. P. (2001). Effects of positive and negative support received and

- provided on adaptation to chronic visual impairment. *Applied Developmental Science*, 5(2), 76-85.
- Resnikoff, S., Pascolini, D., Etya'ale, D., Kocur, I., Pararajasegaram, R., Pokharel, G. P., & Mariotti, S. P. (2004). Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 844-851.
- Rnic, K., Dozois, D. J., & Martin, R. A. (2016). Cognitive distortions, humor styles, and depression. *Europe's Journal of Psychology*, 12(3), 348-362.
- Ruch, W. (2012). Humor und Charakter. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Neurobiologie-Methoden-Praxis* (S. 8-27). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Ruch, W., Köhler, G., & Van Thriel, C. (1996). Assessing the „humorous temperament“: Construction of the facet and standrad trait forms of the State - Trait - Cheerfulness - Inventory – STCI. *International Journal of Humor Research*, 9(3/4), 303 - 339.
- Ruch, W., & Zweyer, K. (2001). Heiterkeit und Humor: Ergebnisse der Forschung. In R. D. Hirsch (Hrsg.), *Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie* (S. 9-43). Bornheim-Sechtem: Chudeck-Druck.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (o.D.). *Psychological Well-Being Scales*. [nicht publiziertes Manuskript].
- Schaier, A. H., & Cicirelli, V. G. (1976). Age differences in humor comprehension and appreciation in old age. *Journal of Gerontology*, 31, 577-582.
- Schlipfenbacher, C., & Jacobi, F. (2014). Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz. *Public Health Forum*, 22(82), 2-5.
- Sroufe, L. A., & Wunsch, J. P. (1972). The development of laughter in the first year of life. *Child Development*, 43, 1326-1344.
- Stöger, H. (2006). *Psychological Well-Being Scales – Deutsche Übersetzung* [nicht publiziertes Manuskript].
- Vernon, P. A., Martin, R. A., Schermer, J. A., Cherkas, L. F. & Spector, T. D. (2008). Genetic and environmental contributions to humor styles: A replication study. *Twin Research and Human Genetics*, 11, 44-47.
- Washburn, R. W. (1929). A study of the smiling and laughing of infants in the first

- year of life. *Genetic Psychology Monographs*, 6, 397-537.
- Weiß, C. (2013). *Basiswissen medizinische Statistik (6. Auflage)*. Berlin: Springer Verlag.
- Wicki, W. (2000). Humor und Entwicklung: Eine kritische Übersicht. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 32(4), 173-185.
- World Health Organization. (1946-2006). *Constitution of the World Health Organization*. Zugriff auf:  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (14.05.2017)
- World Health Organization. (2017). *Key terms and definitions in mental health*. Zugriff auf:  
<http://www.euro.who.int/en/healthtopics/noncommunicablediseases/mental-health/key-terms-and-definitions-in-mental-health#health> (14.06.2017)

## 8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Ursachen für Blindheit; globale Prozentsätze (adaptiert nach Resnikoff et al., 2004).	8
Abbildung 2.	a: Humor in der Ästhetik b: Humor im angloamerikanischen Bezugssystem (Ruch, 2012; S. 10)	11
Abbildung 3.	State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit (Ruch, 2012; S. 21)	22
Abbildung 4.	Zusammenhang von heiterer Gelassenheit und heiterer Stimmung bzw. körperlichen Beschwerden bei negativen Lebensereignissen (Ruch & Zweyer, 2001)	25
Abbildung 5.	Relative Häufigkeiten der Stichprobe in den vier Untergruppen	40
Abbildung 6.	Absolute und relative Häufigkeiten der Gesamtstichprobe und den vier Gruppen (geschlechtsspezifisch)	42
Abbildung 7.	Durchschnittliches Lebensalter in Jahren	43
Abbildung 8.	Wechselwirkung Beeinträchtigungsgrad/ Beeinträchtigungsbeginn auf die Variable schlechte Laune	56

## 9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Globale Hochrechnung blinder bzw. sehbeeinträchtigter Personen	8
Tabelle 2.	Psychometrische Kennwerte der Subskalen des STHI-T 60 aus Ruch und Zweyer (2001)	33
Tabelle 3.	Psychometrische Kennwerte der Subskalen des EFK aus Franke et al. (2000)	35
Tabelle 4.	Absolute Häufigkeiten der Stichprobe innerhalb der verschiedenen Gruppen (Beeinträchtigungsgrad/Beeinträchtigungsbeginn); gesamt und geschlechtsspezifisch	40
Tabelle 5.	Demografische Auflistung des Alters der Stichprobe bzw. deren Beeinträchtigungsdauer (angegeben im Jahren: Mittelwert/Standardabweichung)	41
Tabelle 6.	Absolute Häufigkeiten des Auslösers der visuellen Einschränkung	41
Tabelle 7.	Kennwerte der Reliabilitätsanalyse der Witzliste	44
Tabelle 8.	Kennwerte der Reliabilitätsanalyse der Subskalen des State-Trait-Heiterkeitsinventars (STHI-T 60)	45
Tabelle 9.	Statistische Kennwerte der Reliabilitätsanalyse des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (EFK)	45
Tabelle 10.	Prüfung auf NV: Werte der Schiefe in den unterschiedlichen Subskalen	47
Tabelle 11.	Korrelationskoeffizienten Heiterkeit/psychisches Wohlbefinden	48
Tabelle 12.	Korrelationskoeffizienten Beeinträchtigungshumor/psychisches Wohlbefinden	49
Tabelle 13.	Korrelationskoeffizienten Beeinträchtigungshumor/Krankheitsverarbeitung	50
Tabelle 14.	Korrelationskoeffizienten Heiterkeit/Krankheitsverarbeitung	51
Tabelle 15.	Statistische Kennwerte der Prüfung auf NV in den Gruppen Geburtsbeeinträchtigung (G)/im Laufe des Lebens erworbene Beeinträchtigung (LL); p-Werte des Levene Tests, <i>t</i> -Tests bzw. Welch- Tests	52

Tabelle 16.	Statistische Kennwerte der Prüfung auf NV in den Gruppen blind (B)/hochgradig sehbeeinträchtigt (HS); p-Werte des Levene Tests, <i>t</i> -Tests bzw. Welch- Tests	54
Tabelle 17.	Zwischensubjekteffekte der Faktoren Beeinträchtigungsbeginn/Grad der Beeinträchtigung	55
Tabelle 18.	Mittelwerte und Standardabweichungen der vier Gruppen betreffend die Variable schlechte Laune	56

## 9 Abkürzungsverzeichnis

ASA	Abstand und Selbstaufbau
ASSE	Aktive Suche nach sozialer Einbindung
B	Blind
BG	Blind von Geburt
BGStG	Behindertengleichstellungsgesetz
BLL	Blind im Laufe des Lebens
BWB	Bagatellisierung, Wunschdenken, Bedrohungsabwehr
DV	Depressive Verarbeitung
E	Ernst
EIH	Erarbeiten eines inneren Halts
EFK	Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
G	Geburtsbeeinträchtigt
H	Heiterkeit
HAK	Gut Hilfe annehmen können
HB	Humor betreffend eigene Beeinträchtigung
HPL	Handelndes problemorientiertes Lösen
HS	Hochgradige Sehbehinderung
HSG	Hochgradig sehbehindert von Geburt
HSLL	Hochgradig sehbehindert im Laufe des Lebens
HSQ	Humor-Styles-Questionnaire
IEA	Informationssuche und Erfahrungsaustausch
LL	Im Laufe des Lebens erworbene Beeinträchtigung
NV	Normalverteilung
PWBS	Psychological Well-Being Scales
SL	Schlechte Laune
SPSS	Statistical Package for the Sozial Science
STHI	Stait-Trait-Heiterkeitsinventar
VÄK	Vertrauen in die ärztliche Kunst
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation

## Anhang A: Zusammenfassung

Einschränkungen im Bereich des Sehens zählen zu den dritthäufigsten Problematiken von denen Österreicher und Österreicherinnen berichten. Der chronische Stressor, den eine sensorische Einschränkung darstellt, kann sich auf das psychische Wohlbefinden der betroffenen Personen auswirken. So weisen blinde und hochgradig sehbeeinträchtigte Menschen auf Depressionsskalen höhere Werte auf als jene, die ohne Einschränkung leben. Faktoren, die eine positive Adaption unterstützen, sind gute soziale Beziehungen, Selbstbewusstsein sowie die Akzeptanz der visuellen Einschränkung. Humor und Heiterkeit haben sich in der Wissenschaft bereits als wertvolle Ressourcen bei negativen Lebensereignissen herausgestellt und stehen in einer positiven Verbindung mit psychischem Wohlbefinden. Humor bietet die Möglichkeit Stressoren durch emotionale Distanz besser zu bewältigen. Die Forschung kann bereits belegen, dass von einem Burnout betroffene Personen von einer humorvollen Persönlichkeitseinstellung profitieren können und das Krankheitsbild dadurch positiv beeinflussen. Die vorliegende Arbeit legt den Fokus auf den Einfluss von Humor und Heiterkeit (STHI-T 60 von Ruch et al., 1996) auf das psychische Wohlbefinden (PWBS von Ryff, 1989) und die Krankheitsverarbeitung (EFK von Franke, 1997) blinder und hochgradig sehbeeinträchtigter Menschen ( $N = 83$ ). Die statistische Analyse zeigte, dass Humor und Heiterkeit in der Krankheitsverarbeitung visuell beeinträchtigter Menschen eine wichtige Rolle einnimmt. So weisen Personen, die über ihre eigene Beeinträchtigung lachen können, signifikant niedrigere Werte in der *depressiven Verarbeitung* auf als jene, die dies nicht können. Eine signifikant positive Korrelation der Facette *Heiterkeit* ergab sich mit der Krankheitsverarbeitungskategorien *Abstand* und *Selbstaufbau* sowie der *aktiven Suche nach sozialer Einbindung*. Diese zwei Bereiche sind besonders wertvoll für die Adaption blinder und hochgradig sehbeeinträchtigter Menschen an die sensorische Einschränkung. Die Ergebnisse der Studie sprechen für den positiven Einfluss heiterer und humorvoller Charakterzüge und eröffnen für die praktische Arbeit mit visuell eingeschränkten Personen neue Türen der Prävention und Behandlung.

## **Anhang B: Abstract**

Vision problems are the third most common physical limitation Austrian people report about. This chronic stressor can influence the psychological well-being of people who suffer from vision loss. Blind and highly visually handicapped people show higher scores on scales of depression than people without vision problems. A good social network as well as the acceptance of the limitation are parameters which help to adapt to the sensorial disability.

Science already showed that humor and cheerfulness are important resources in negative life situations and can affect the psychological well-being positively. There are findings that a cheerful personality has a positive impact on people with the diagnosis of burnout. The following study put the focus on the impact of humor and cheerfulness (STHI-T 60 by Ruch et al., 1996) of blind and highly visually handicapped people ( $N = 83$ ) and the effect on their psychological well-being (PWBS by Ryff, 1989) and their way of handling the impairment (EFK by Franke, 1997). The statistical analysis revealed that humor and cheerfulness play an important role in the way of handling vision loss. People who can laugh about their own disability showed significant lower scores in the depressive handling of their impairment than people who can't laugh about their physical disability. A positive significant correlation between cheerfulness and their own distance as well as searching for social integration was found. These seem to be important elements in the process of adaption to vision loss.

The results of the study underline the positive impact of humorous and cheerful personality traits and open the doors for practical work. They can positively influence the prevention as well as the treatment of people with this kind of disability.

## Anhang C: Fragebogen

### Fragebogen betreffend Heiterkeit/psychisches Wohlbefinden/ Krankheitsverarbeitung

Vor der passenden Antwort bitte ein X setzen

1. Fragebogen wird folgend ausgefüllt:

selbstständig (durch Hilfsmittel wie Sprachausgabe, Lesegeräte etc. )  
gemeinsam mit einer Person Ihres Vertrauens

2. Alter:

3. Geschlecht:

w                      m

4. Welche Diagnose ist bei Ihnen zutreffend:

Starke Sehbeeinträchtigung

Blindheit

5. Seit wann sind Sie betroffen?

seit Geburt

seit dem \_\_\_\_ Lebensjahr (Bitte Alter eintragen)

6. Was ist der Auslöser für ihre Sehbeeinträchtigung/ Blindheit?

Krankheit

Unfall (Selbstverschulden)

Unfall (Fremdverschulden)

Sonstiges (bitte um kurze Beschreibung)

7. Welches Informations- und Beratungsangebot wünschen Sie sich betreffend Ihrer visuellen Beeinträchtigung? (bitte um kurze Beschreibung → in der Zeile darunter eintragen)

8. Was empfinden Sie allgemein in Ihrem Leben am belastendsten? (in dem freien Bereich unterhalb eintragen)

**Im Folgenden sind Witze vorgegeben. Geben Sie bitte für jeden Witz ihre persönliche Bewertung ab. Tragen Sie nach jedem Witz die Zahl ein, die am besten Ihre Zustimmung bzw. Ablehnung widerspiegelt.**

1= sehr lustig

2= lustig

3= etwas lustig

4= wenig lustig

5= gar nicht lustig

1. „Der Weg von der Umkleide zum Ring ist aber weit“, mault der Boxer. „Beruhige dich“, sagt der Trainer. „Zurück wirst du sowieso getragen.“
2. Zwei Blinde sitzen auf einer Parkbank. Der Eine niest. Daraufhin sagt der Andere: "O cool, mach mir auch 'ne Dose Bier auf."
3. Sohn fragt den Vater: "Papa, was ist eigentlich ein Alkoholiker?" Vater: "Siehst Du die 4 Bäume da? Ein Alkoholiker sieht da 8 Bäume." Sohn: "Aber da stehen nur 2 .... "
4. Warum essen blinde Menschen so gern Sesambrötchen? Weil da immer so schöne Kurzgeschichten draufstehen.
5. Warum hat Hitler sich umgebracht?  
Er konnte die Gasrechnung nicht bezahlen.
6. Herr Doktor Herr Doktor...ich kann kein Blut sehen...  
ja warum das denn nicht?  
ich bin blind!  
ach so....dann
7. „Du Opa- Warum hast du eigentlich keine Lebensversicherung?“  
„Damit ihr schön traurig seid, wenn ich sterbe.“
8. Warum haben Blinde Glasaugen? Weil man durch Holzaugen nicht durchgucken kann.
9. Was ist ein Frosch ohne Schenkel? – Langsam
10. Lläuft ein Blinder vor einen Baum und sagt: "Das habe ich kommen sehen!"
11. Warum schicken die Äthiopier die Medikamente zurück?  
Auf der Packung steht: „Nach dem Essen einnehmen.“
12. Wie macht man einen Blinden klaustrophobisch (Platzangst)? Man steckt seinen Stock in einen Kübel.

**Bei den folgenden Fragen geht es um ihr Wohlbefinden. Geben Sie bitte für jede Aussage ihre persönliche Zustimmung oder Ablehnung an. Tragen Sie die Zahl an, die am besten Ihre gegenwärtige Zustimmung zu oder Ablehnung jeder einzelnen Aussage beschreibt.**

- 1= Lehne entschieden
- 2= Lehne ziemlich ab
- 3= Lehne ein wenig ab
- 4= stimme ein wenig zu
- 5= stimme ziemlich zu
- 6= stimme entschieden zu

1. Ich lasse mich leicht von Menschen, die ihre Meinung selbstbewusst sagen beeinflussen.
2. Ich habe normalerweise das Gefühl, dass ich mit meiner Situation gut zurecht komme.
3. Ich denke es ist wichtig, neue Erfahrungen zu sammeln, die das in Frage stellen, was man über sich selbst und das Leben denkt.
4. Es war für mich immer schwierig und frustrierend enge Beziehungen aufrecht zu erhalten.
5. Ich lebe meine Tage so wie sie kommen und denke nicht wirklich an die Zukunft.
6. Wenn ich mir meine Lebensgeschichte so anschau, dann bin ich zufrieden wie sich die Dinge entwickelt haben.
7. Ich habe Vertrauen in meine eigene Meinung, sogar wenn sie im Widerspruch zur allgemeinen Meinung steht.
8. Die Anforderungen des täglichen Lebens erdrücken mich oft.
9. Das Leben bedeutet für mich einen kontinuierlichen Prozess des Lernens, Veränderens und des Wachsens.
10. Meine Bekannten würden mich als entgegenkommende Person bezeichnen, und meinen, dass ich meine Zeit gerne mit anderen verbringe.
11. Manche Menschen leben ziellos dahin, aber ich bin nicht einer von diesen.
12. Ich mag die meisten meiner persönlichen Eigenschaften.
13. Meine persönlichen Beurteilungen richten sich nach dem, was ich für wichtig halte und nicht nach dem was andere denken.
14. Ich bin ziemlich gut darin, mit den täglichen Anforderungen zurecht zu kommen.
15. Ich habe es schon lange aufgegeben große Verbesserungen oder Veränderungen in meinem Leben zu machen.
16. Ich habe nicht viele warmherzige, vertrauensvolle Beziehungen mit anderen Menschen erlebt.
17. Manchmal habe ich das Gefühl, dass ich alles getan habe, was es im Leben zu tun gibt.
18. Ich bin in vielerlei Hinsicht von dem enttäuscht, was ich in meinem Leben erreicht habe.

**Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Stimmungen und Ansichten im allgemeinen. Versuchen Sie bitte anhand der folgenden Aussagen Ihre üblichen Verhaltensweisen und Einstellungen so gut wie möglich zu beschreiben, indem Sie eine von vier Antwortmöglichkeiten nach jeder Aussage eintragen. Die vier Alternativen lauten:**

1= Trifft gar nicht zu

2= Trifft eher nicht zu

3= Trifft etwas zu

4= Trifft sehr zu

1. Auch schwierige Situationen gehe ich leichten Herzens an.
2. Im Gespräch vermeide ich bewußt Übertreibungen, Ausschmückungen oder Doppeldeutigkeiten, da sie nichts zur Aussage beitragen.
3. Meine Stimmung ist häufig nicht die beste.
4. Ich tue selten etwas ohne vernünftigen Grund.
5. Mein Alltag bietet mir oft Anlaß zum Lachen
6. Mir ist oft eher zum Weinen als zum Lachen zumute
7. Ich neige manchmal zur Oberflächlichkeit.
8. Meine Mitmenschen haben häufig einen Grund, mich zu fragen, ob mir "eine Laus über die Leber gelaufen sei".
9. Ich lächle häufig.
10. Ich bin ein ernster Mensch.
11. Die gute Laune anderer wirkt ansteckend auf mich.
12. Das Leben gibt mir wenig Grund zum Lachen.
13. Die kleinen Dinge des Alltags finde ich oft komisch und erheitend.
14. Die meisten meiner Freunde sind eher ernst und nachdenklich.
15. Es kann vorkommen, daß ich für längere Zeit in einer betäubten Stimmung bin.
16. Ich bin auf größtmögliche Korrektheit bedacht.
17. Ich gehe unbeschwert durchs Leben.
18. Es gibt Tage, an denen ich mich innerlich leer fühle.
19. Ich bin oft in heiterer Stimmung.
20. Auch wenn man leicht als "humorlos" gilt: die trivialen und kindischen Dinge, welche andere Leute erheitern, kann man nur ablehnen.
21. Oft bin ich in einer so trübsinnigen Stimmung, daß mir wirklich nicht zum Lachen zumute ist.
22. Ich neige dazu, weit im voraus zu planen und mir langfristige Ziele zu stecken.
23. Ich bin ein fröhlicher Typ.
24. Manche verdrießliche Umstände können mir die Laune für längere Zeit verderben
25. Bei allem, was ich tue, bedenke ich stets die möglichen Folgen und vergleiche alle möglichen Vor- und Nachteile sorgfältig.
26. Auch ohne besonderen Anlaß bin ich häufig verstimmt.
27. Es fällt mir leicht, gute Laune zu verbreiten.
28. Ich bin ein eher trauriger Mensch.

29. Alltägliche Situationen nehme ich fast genauso wichtig wie außergewöhnliche Angelegenheiten.
30. Ich lache gerne und viel.
31. Einer meiner Grundsätze lautet: "Erst die Arbeit, dann das Vergnügen!"
32. Ich unterhalte meine Freunde gerne mit lustigen Geschichten.
33. Es gibt häufig Tage, an denen der Spruch "ich bin mit dem falschen Fuß aufgestanden" gut meine Gemütsverfassung beschreibt.
34. Lachen wirkt auf mich sehr ansteckend.
35. Ich habe oft schlechte Laune.
36. Im Kontakt mit anderen fällt mir immer wieder auf, daß ich viel gründlicher über verschiedene Sachen nachgedacht habe.
37. Meine "lieben" Mitmenschen geben mir oft Anlaß, verdrossen zu sein
38. Ich bin ein lustiger Mensch.
39. Da Entscheidungen Konsequenzen nach sich ziehen, vermeide ich es, Angelegenheiten oberflächlich zu behandeln bzw. leichtfertige Entschlüsse zu fassen
40. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß an dem Sprichwort "Lachen ist die beste Medizin" wirklich etwas dran ist.
41. Ich versuche mich in meiner Freizeit möglichst sinnvoll zu beschäftigen.
42. Ich denke oft: "Mensch, laßt mich heute bloß in Ruhe!"
43. Auch scheinbare Kleinigkeiten bedürfen einer ernsthaften und verantwortungsvollen Behandlung
44. Ich bin ein heiterer Mensch.
45. Beim Versuch, mich in heitere Stimmung zu versetzen, haben sich schon viele die Zähne ausgebissen.
46. Ich bin häufig in mißmutiger Stimmung.
47. Ich begeben mich nur ungern in die Gesellschaft von Leuten, die ständig herumalbern und ausgelassen-fröhlich sind.
48. Ich bin leicht zum Lachen zu bringen.
49. Auch unter fröhlichen Menschen versuche ich eher, ein vernünftiges, sachliches Gespräch zu führen, als mich an den Späßen der anderen zu beteiligen.
50. Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.
51. Verglichen mit anderen kann ich ganz schön mürrisch und griesgrämig werden.
52. Ich bin häufig in einer vergnügten Stimmung.
53. Ich tue nur Dinge, die einen gewissen Sinn ergeben; alles andere ist unnütze Zeitverschwendung und zwecklos.
54. Ich bin manchmal auch ohne Grund ganz traurig.
55. Ich mag Menschen, die Überlegung und Sachlichkeit ausstrahlen.
56. Ich habe ein sonniges Gemüt.
57. Die Gegenwart anderer Menschen, die lustig und ausgelassen sind, kann mir ganz schön auf die Nerven gehen.
58. Im Kontakt mit anderen Menschen bin ich immer um einen sachlich-nüchternen Gedankenaustausch bemüht.
59. Ich bin häufig niedergeschlagen.
60. Die kleinen Mißgeschicke des Alltags finde ich oft amüsant, selbst wenn sie mich betreffen.

**Wie gehen Sie zur Zeit mit Ihrer Erkrankung um? Bitte lesen Sie jede Aussage durch, und entscheiden Sie durch das Eintragen einer Zahl, inwieweit sie auf Sie zutrifft**

0= überhaupt nicht

1= ein wenig

2= ziemlich

3= stark

4= sehr stark

1. Ich suche in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung
2. Ich besuche andere Menschen oder lade sie zu mir ein
3. Ich versuche, Abstand und Ruhe zu gewinnen
4. Ich mache Pläne und halte mich daran
5. Ich hänge Wunschträumen nach
6. Ich löse Schritt für Schritt die Probleme, die auf mich zukommen
7. Ich versuche, mich abzulenken und zu erholen
8. Ich tausche mit anderen Patienten Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit aus
9. Ich besinne mich auf meine früheren Erfahrungen mit Schicksalsschlägen
10. Ich informiere mich über alternative Heil- und Behandlungsmethoden
11. Ich sammle mich innerlich durch Gebete, Meditation oder durch einen intensiven Kontakt zur Natur
12. Ich versuche, meine Probleme aktiv anzugehen
13. Ich will nicht wahrhaben, wie es um mich steht
14. Ich informiere mich über meine Krankheit und alles, was dazu gehört
15. Ich beginne, mich innerlich anderen Menschen gegenüber zu öffnen
16. Ich befolge sehr genau den ärztlichen Rat
17. Ich verbe mit anderen Menschen sehr schöne Stunde
18. Ich beginne, mich selbst auch einmal zu verwöhnen
19. Ich bin im Grunde skeptisch, ob ich wirklich gut medizinisch behandelt werde
20. Ich suche Kontakt zu anderen Menschen, die Ähnliches erlebt haben
21. Ich reagiere gereizt und ungeduldig auf andere Menschen
22. Ich mache mir selber Mut
23. Ich lebe einfach weiter, als wäre nichts geschehen
24. Ich vertraue meinen Ärzten
25. Ich beginne, mich selbst zu bemitleiden
26. Ich beginne, meine Situation realistisch zu beurteilen und danach zu handeln
27. Ich versuche herauszufinden, wie ich mich gut mit meiner Krankheit arrangieren kann

28. Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen
29. Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück
30. Ich beginne, meine Gefühle anderen Menschen zu zeigen
31. Ich bete und suche Trost im Glauben
32. Ich gehe mit Freunden aus
33. Ich mißtraue den Ärzten und lasse die Diagnose überprüfen
34. Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an
35. Ich bin ärgerlich oder zornig auf mein Schicksal
36. Ich suche Erfolge und Selbstbestätigung
37. Ich beginne, die Krankheit als Schicksal anzunehmen
38. Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf
39. Ich spiele die Bedeutung und Tragweite herunter
40. Ich beginne nachzudenken und zu grübeln
41. Ich habe ein hohes Ausmaß an Vertrauen in meine medizinische Behandlung
42. Ich finde meine innere Stärke wieder
43. Ich denke einfach nicht mehr an meine Krankheit
44. Ich versuche, anderen Menschen zu helfen
45. Ich lasse mich gerne umsorgen

**Umseitig finden Sie noch einige demographische Fragen, die Sie bitte ebenfalls beantworten wollen. Setzen Sie bitte hinter der Antwort die auf Sie zutrifft ein X dahinter.**

**1. Höchster abgeschlossener Schulabschluss**

Vor Hauptschule

Hauptschulabschluss

Real- (Mittel-) oder Handelsschule ohne Abschlußprüfung

Real- (Mittel-) oder Handelsschule mit Abschlußprüfung

Gymnasium (Höhere Schule) ohne Matura

Matura ohne anschließendes Studium

Matura mit nicht abgeschlossenem Studium

Matura mit abgeschlossenem Studium

**2. Familienstand**

Ledig

Verheiratet

Verwitwet

Geschieden/getrennt

**3. Haushalt**

Allein lebend

Zusammenlebend mit EhepartnerIn/ Familie

**4. Tätigkeit**

berufstätig

mithelfend im eigenen Betrieb

Hausfrau/Hausmann

Schüler(in)

Student(in)

in Berufsausbildung

Rentner(in)/im Ruhestand

arbeitslos

ohne Beruf

**5. Berufsgruppe**

Bitte hinter dem gegenwärtig ausgeübten Beruf ein X setzen. (Hausfrauen bitte den Beruf des Mannes, Hausmänner den Beruf der Frau ankreuzen, Rentner(innen) den ehemaligen Beruf, Befragte in Berufsausbildung und Nichtberufstätige den Beruf des Ernährers)

Inhaber(in) und Geschäftsführer(in) von größeren Unternehmen

Freier Beruf

Mittlere und kleinere

selbständige Geschäftsleute

Selbständige(r) Handwerker(in)

Leitende(r) Angestellte(r)

Nichtleitende(r) Angestellte(r)

Beamter(in) des höheren o. gehobenen Dienstes

Beamter(in) des mittleren o. einfachen Dienstes

Landwirt(in)

Facharbeiter(in) mit abgelegter Prüfung

Sonstige(r) Arbeiter(in)

**6. Einwohnerzahl der Wohngemeinde**

bis 2.000

bis 20.000

bis 100.000

über 100.000

**7. Hobbies und Freizeitinteressen (Bitte Antwort darunter selbstständig ausfüllen/eintragen)**

**8. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN ZUM FRAGEBOGEN (Bitte Antwort darunter selbstständig ausfüllen/eintragen)**

VIELEN DANK FÜR IHRE HILFE